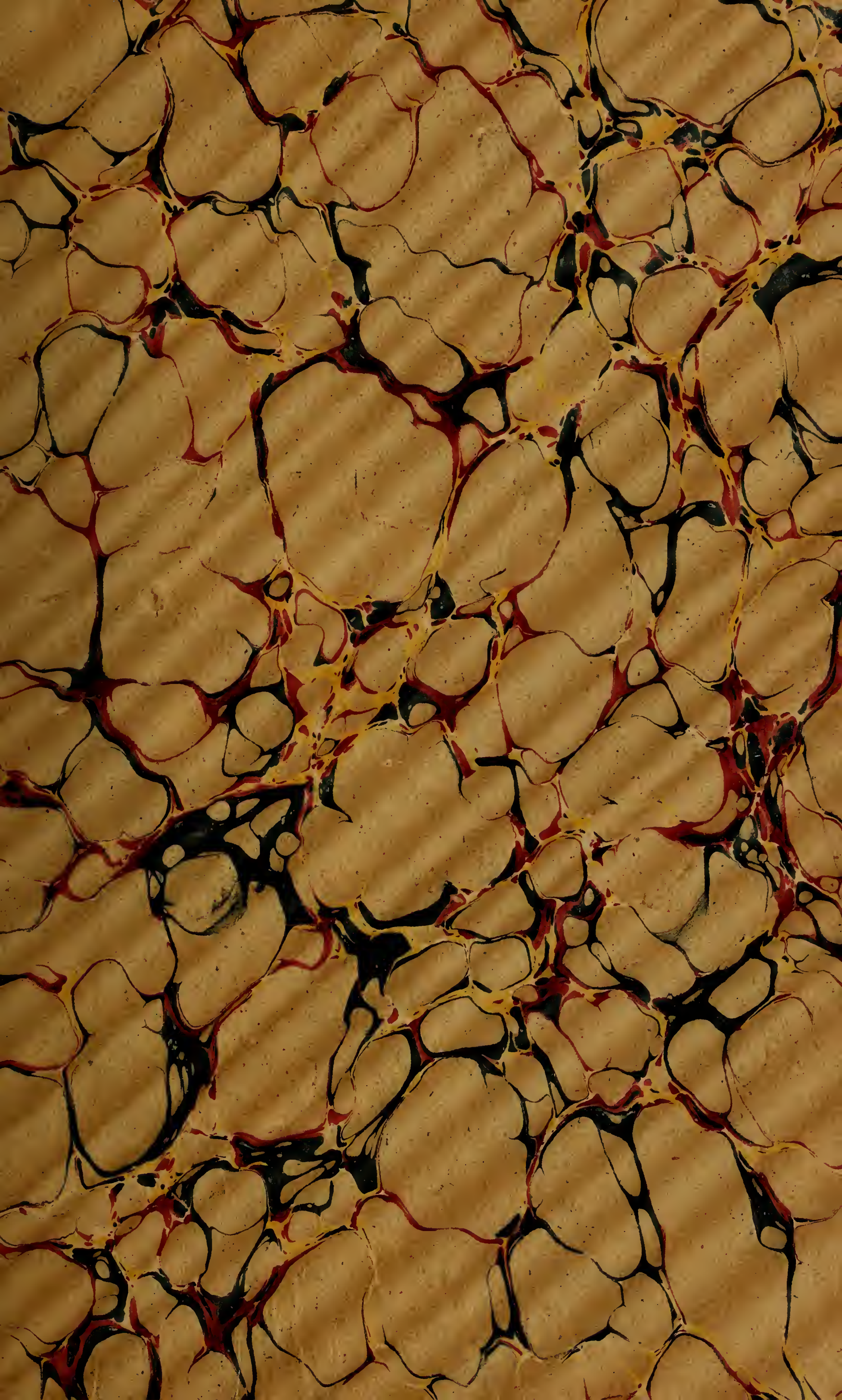




LEÇONS CLINIQUES

SUR

L'HYSTÉRIE ET L'HYPNOTISME

BORDEAUX. — IMPR. G. GOUNOUILHOU, RUE GUIRAUDE, 11
PARIS. — RUE DE RICHELIEU, 101.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

L'HYSTÉRIE

ET

L'HYPNOTISME

FAITES A L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX

PAR

A. PITRES

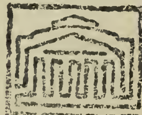
Professeur et Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Lauréat de l'Institut
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

OUVRAGE PRÉCÉDÉ

D'une Lettre-Préface de M. le Professeur J.-M. CHARCOT

TOME SECOND

AVEC 58 FIGURES DANS LE TEXTE ET 10 PLANCHES HORS TEXTE



PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1891

LEÇONS CLINIQUES

SUR

L'HYSTÉRIE ET L'HYPNOTISME

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

DES ACCIDENTS HYSTÉRO-TOXIQUES

SOMMAIRE

I. Différences entre les accidents toxiques et les accidents hystériques d'origine toxique. Observation d'un malade atteint de pseudo-chorée saltatoire d'origine saturnine.

II. Autre exemple d'hystérie saturnine. Parésie et anesthésie de l'avant-bras chez un saturnin. Guérison brusque par l'aimantation.

III. Rapports des anesthésies des alcooliques avec l'hystérie.

IV. Les anesthésies des syphilitiques et des chloro-anémiques sont habituellement de nature hystérique.

Messieurs,

Quand nous avons étudié ensemble la part qui revient aux intoxications dans l'étiologie de l'hystérie, nous avons été conduits à admettre que parmi les troubles fonctionnels du système nerveux se développant chez les intoxiqués, les uns sont de nature toxique et varient avec l'espèce et la dose du poison pathogène, les autres sont de nature hystérique et ne diffèrent en rien de ceux qui se montrent dans les cas d'hystérie vulgaire. La distinction entre ces deux ordres de phénomènes est quelquefois très facile à établir; d'autres fois il est malaisé de savoir au juste si tel symptôme déterminé est produit par l'action directe de l'agent toxique ou s'il appartient à l'hystérie concomitante. Il importe

cependant de faire ce diagnostic, car il peut servir de base à des indications thérapeutiques précieuses. Je vais essayer de vous montrer comment on peut y arriver.

I

Ce qui caractérise essentiellement les accidents nerveux dynamiques de nature toxique, c'est leur étroite subordination à la cause qui les provoque et les entretient. Résultant directement de l'imprégnation des centres nerveux par une substance nocive, ils s'aggravent quand le poison est absorbé en plus grande quantité et s'atténuent progressivement par le fait seul de la diminution graduelle de l'intoxication provocatrice. Un peintre est atteint de coliques ou d'encéphalopathie saturnines pour avoir manié pendant quelques jours de grandes quantités de céruse ou de minium; il quitte l'atelier, n'absorbe plus de plomb et guérit rapidement des accidents nerveux qui s'étaient développés à la suite de l'exécution d'un travail particulièrement insalubre. De même, les alcooliques ont, après chaque série d'excès nouveaux, des accès de délire ou de tremblement qui s'atténuent peu à peu par le seul fait de la cessation des excès qui leur ont donné naissance.

Au contraire, les accidents hystériques d'origine toxique s'affranchissent, dès le début, des causes qui les ont provoqués. Une fois nés, ils ont une vie indépendante. Pour qu'ils persistent, il n'est pas nécessaire que l'intoxication continue. Pour qu'ils disparaissent, il n'est pas indispensable que l'empoisonnement cesse. Ils peuvent, à tout instant, être brusquement modifiés ou supprimés par des émotions morales ou par des agents physiques, tout comme s'ils dépendaient de l'hystérie émotive vulgaire. Vous allez en avoir tout de suite la preuve.

Le malade que je vous présente est entré il y a quelques semaines à l'hôpital pour des convulsions de la plus singulière apparence. Lorsqu'il était au lit, ses deux membres du côté droit étaient agités par des secousses convulsives brèves, rapides, saccadées, qui soulevaient incessamment ses draps et ses couvertures. Lorsqu'on le faisait lever, ces secousses devenaient incomparablement plus amples et plus violentes. En outre, elles se reproduisaient avec un rythme et une forme tout à fait réguliers. La jambe droite était brusquement élevée par une flexion rapide de la cuisse sur le

bassin; puis, en même temps que la jambe s'abaissait, le bras droit exécutait un mouvement très étendu qui portait la main vers l'épaule et la lançait ensuite en avant, en lui faisant décrire un grand arc de cercle. En même temps, le tronc s'inclinait fortement vers le côté gauche dans une sorte de salutation grotesque. Tout cela se répétait régulièrement une trentaine de fois par minute et produisait un effet des plus bizarres. Le malade avait du reste conservé toute son intelligence, et il nous raconta, sans aucune défaillance de mémoire, les circonstances qui avaient marqué le début de sa maladie. Voici le résumé de son récit :

Observation I. — *Pseudo-chorée saltatoire chez un saturnin.* — Fernand Lab... est âgé de trente-cinq ans. Son *père* et sa *mère* sont vivants et très bien portants : toutefois il convient de signaler que son père fait, depuis de longues années, beaucoup d'excès alcooliques. Lui-même jouit habituellement d'une bonne santé; il ne boit pas trop. Il a eu à trente-deux ans une blennorragie légère. Pas de syphilis.

Il exerce depuis l'âge de douze ans la profession de peintre en bâtiments. Jusqu'à l'an dernier il n'a connu que par ouï-dire les accidents causés par le plomb. Dans les premiers mois de 1887, ayant été employé à broyer du minium destiné à peindre les travées d'un pont métallique, il eut une forte atteinte de coliques sèches accompagnées de tremblement des membres supérieurs. Il entra pour cela à l'hôpital de Libourne, y resta quinze jours en traitement et en sortit complètement rétabli. Mais, étant retourné tout de suite à son chantier, il fut repris de coliques. En même temps il éprouvait des vertiges, des douleurs dans les membres, et était incommodé par un tremblement généralisé des quatre membres. Des purgatifs violents firent cesser les coliques, mais les tremblements persistèrent. Quinze jours environ après le début de cette rechute, des convulsions très intenses se produisirent. On fut obligé de tenir le malade pendant deux jours attaché dans son lit. Cependant la connaissance était conservée : il n'y avait pas de délire. Après cette grande crise, les mouvements convulsifs devinrent moins violents et se limitèrent aux membres du côté droit. Pendant deux mois on essaya, pour les faire disparaître, divers traitements internes : antispasmodiques, bromure de potassium, chloral, etc. Enfin, voyant que les accidents ne s'amendaient pas, on se décida à envoyer le malade à l'hôpital de Bordeaux où il arriva dans l'état que je vous rappelais il y a un instant.

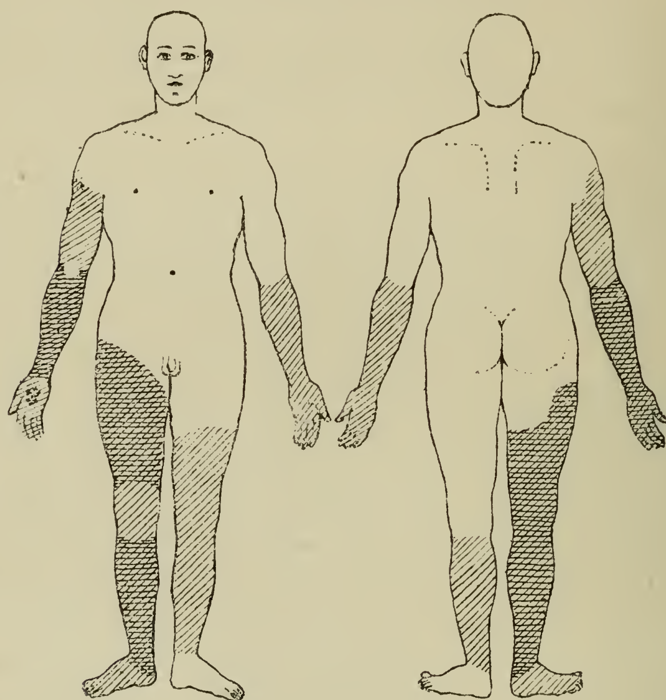
Dès le premier examen, je fus frappé des caractères étranges des mouvements convulsifs qui rappelaient, par leur limitation exclusive à certains membres, par leur adaptation à une série de mouvements uniformément répétés, par leur rythme régulier, ces formes de pseudo-chorées rythmiques qu'on observe quelquefois chez les hystériques. Mais, avant de porter un diagnostic, nous procédâmes à un examen complet qui révéla les particularités suivante :

Intégrité complète des grands appareils circulatoire, respiratoire et

digestif. Urines normales, sans sucre ni albumine. Pas de réaction fébrile. Pas de liseré gingival net. Teinte pâle, blafarde, des téguments. Conservation de l'intelligence et de la mémoire.

Analgésie cutanée occupant, sous forme de larges îlots, presque toute l'étendue des deux membres du côté droit et limitée à la base de ces membres par une ligne circulaire à contours très nets *(fig. 1)*. Hypoesthésie de l'avant-bras et de la main du côté gauche *(fig. 1)*. Anesthésie gustative de la muqueuse des deux tiers antérieurs de la langue. Pas de rétrécissement concentrique des champs visuels. Pas de dyschromatopsie. Sensibilité normale de l'ouïe et de l'odorat. Réflexes pharyngiens normaux.

Fig. 1. — Distribution de l'analgésie et de l'hypoesthésie cutanées chez Lab...



Diminution notable des forces dans les membres du côté droit. Pression au dynamomètre : de la main droite, 11 kilog.; de la gauche, 34 kilog. La mensuration comparée des forces dans les membres inférieurs est impossible à cause des mouvements convulsifs, mais il est évident que le membre inférieur droit est beaucoup plus faible que le gauche.

Exagération des réflexes rotuliens des deux côtés. Réflexe plantaire normal à gauche, aboli à droite.

Absence de zones spasmogènes et de zones d'exagération ou d'arrêt des mouvements convulsifs.

Le malade fut soumis à un traitement dont les principaux agents étaient l'iodure de potassium à l'intérieur et les bains chauds. Mais les accidents ne se modifiant pas, nous eûmes bientôt recours à d'autres moyens. Un fort aimant fut mis en contact avec l'avant-bras droit (côté analgésié, parésié et convulsé).

Quand on enleva l'aimant, trois quarts d'heure après, on constata que les membres du côté droit avaient repris leur sensibilité et leur motilité, tandis que ceux du côté gauche étaient devenus analgésiques et parétiques. Quant aux mouvements convulsifs, ils persistaient sans aucune modification apparente. Cependant, dans l'après-midi, notre interne, M. Boisvert, crut remarquer de petits tremblements dans les membres du côté gauche, et le lendemain matin, au lieu de grands mouvements choréiformes limités aux membres du côté droit, le malade avait un tremblement régulier généralisé aux quatre membres.

Le jour suivant, le transfert de l'analgésie et de la parésie ayant persisté, nous appliquâmes l'aimant sur l'*avant-bras gauche*. Une demi-heure après, la sensibilité était revenue et cette fois sans transfert, de telle sorte qu'après l'aimantation la sensibilité cutanée était normale sur toute la surface du corps. Le tremblement n'avait cependant pas disparu; mais à partir de ce moment il a été progressivement en s'atténuant, sans qu'on ait fait cependant de nouvelles applications d'aimant.

Hier il était sensiblement plus faible qu'avant-hier. Aujourd'hui il est notablement moins ample qu'il ne l'était hier. La marche est possible; le malade peut manger seul, et, selon toutes probabilités, il sera bientôt complètement guéri. Nous surveillerons, du reste, la marche des accidents et nous ferions sans hésiter de nouvelles applications d'aimant si la parésie ou l'analgésie venaient à se montrer de nouveau à droite ou à gauche [1].

Quoi qu'il arrive dans l'avenir, nous pouvons d'ores et déjà être certains que les accidents qui ont été si brusquement modifiés par quelques séances d'aimantation n'étaient pas des accidents toxiques, mais bien des accidents hystériques survenus consécutivement à un épisode aigu de l'intoxication saturnine.

II

Le second malade que je désire vous montrer aujourd'hui a eu, lui aussi, dans le cours d'une intoxication saturnine chronique, des symptômes d'hystérie fruste, caractérisés par de l'analgésie et

[1] Il a fallu faire, en effet, cinq nouvelles applications d'aimant, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Après chaque application, la sensibilité revenait sans transfert et le tremblement subissait une atténuation persistante. Aussitôt que l'analgésie reparaissait à droite ou à gauche, on appliquait l'aimant sur le point correspondant. Le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

de la parésie du membre supérieur droit. Voici son histoire en quelques mots :

Obs. II. — *Parésie et anesthésie du poignet chez un saturnin.* — Victor G..., âgé de trente-cinq ans, exerçant à Bordeaux la profession de peintre en bâtiments, est entré dans le service il y a huit jours.

Les *antécédents héréditaires* ne paraissent pas être de nature à le prédisposer à des accidents névropathiques. Son *père,* âgé de soixante-quinze ans, jouit d'une excellente, santé. Sa *mère,* plus jeune de trois ans, est chétive et souffre quelquefois de l'estomac. Ni l'un ni l'autre ne sont atteints de maladies nerveuses. Un *frère* de notre malade, âgé d'une cinquantaine d'années, est très bien portant.

Fig. 2. — Ilot d'analgésie sur la face dorsale de la main et du poignet droits de Victor G...

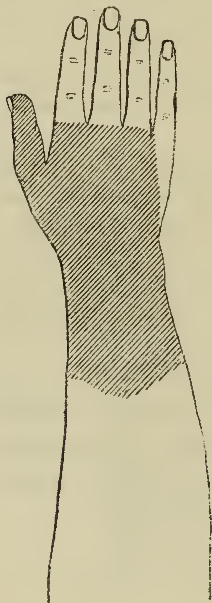
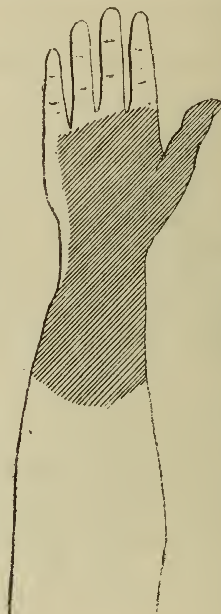


Fig. 3. — Ilot d'analgésie sur la face palmaire de la main et du poignet droits de Victor G ..



Dans les *antécédents personnels* de Victor G... on ne trouve non plus aucun indice de nervosisme. Engagé volontaire à dix-neuf ans, il est resté au service pendant neuf ans. Il a, pendant ce temps, contracté la syphilis et fait, en Afrique, de grands excès alcooliques. Rentré en France en 1880, il a repris son métier de peintre en bâtiments qu'il avait exercé déjà de quinze à dix-neuf ans. Jusqu'en 1885 il s'est très bien porté. A cette époque, après avoir travaillé pendant huit jours à vider des sacs de céruse dans une cave de broyage, il fut pris de coliques sèches violentes, accompagnées de céphalalgie, de troubles de la vue et d'une grande faiblesse dans les membres

supérieurs. Il entra à l'hôpital et n'en sortit qu'après deux mois de traitement. De 1885 à 1887 sa santé ne laissa rien à désirer. Depuis une quinzaine de jours seulement, il a commencé à ressentir quelques accidents inquiétants : coliques sèches, vertiges, céphalalgie, parésie du membre supérieur droit. Il est entré à l'hôpital pour ces accidents la semaine dernière.

Dès le premier examen nous avons constaté l'existence du liseré gingival caractéristique de l'intoxication saturnine. Le ventre était rétracté, douloureux à la pression. Deux purgatifs légers (huile de ricin) firent disparaître rapidement les symptômes abdominaux et céphaliques. Cependant le malade accusait encore une impotence notable du membre supérieur droit ou plutôt de l'avant-bras et de la main du côté droit. Les mouvements volontaires étaient possibles, mais ils étaient exécutés lentement et sans vigueur. La main ne pouvait pas être placée en extension complète sur le poignet. Les fléchisseurs étaient moins affaiblis, car le dynamomètre marquait 37 kilog. de la main droite et 45 kilog. de la gauche. De plus il existait un large îlot d'analgésie occupant le tiers inférieur de l'avant-bras droit, les faces dorsale et palmaire de la main droite et tout le pouce du même côté *(fig. 2 et 3)*. Les autres doigts, ainsi que le bord cubital de la main, avaient conservé leur sensibilité normale.

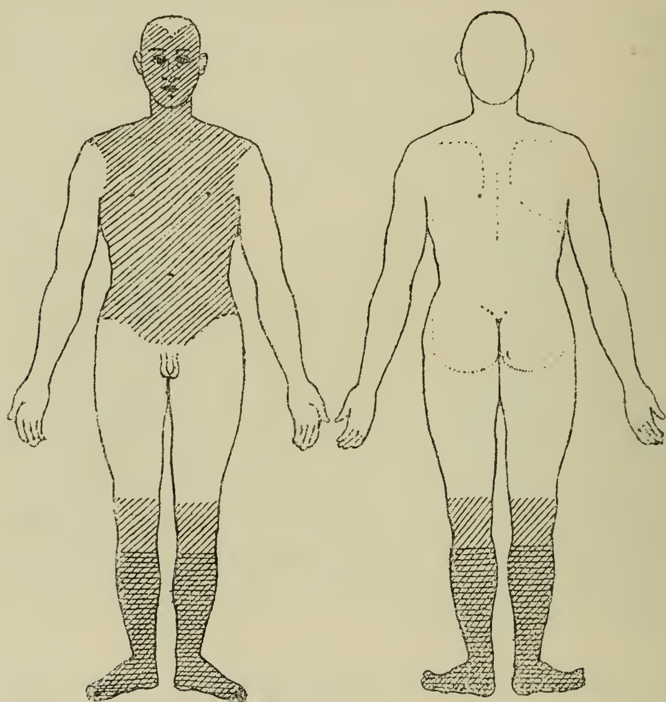
A quoi fallait-il attribuer cet affaiblissement de la sensibilité et de la motilité de l'avant-bras et de la main du côté droit? S'agissait-il, dans l'espèce, d'un début de la paralysie organique d'origine névritique, ou bien étions-nous en présence d'accidents purement fonctionnels? Deux moyens pouvaient nous aider à résoudre la question : l'exploration électrique des muscles et l'application des agents esthésiogènes. Nous commençâmes par le second. Hier matin nous mîmes un fort aimant en contact avec l'avant-bras parésié. Une demi-heure après le malade était guéri. Il ressentait aussi vivement les contacts et les piqûres sur la main droite que sur la main gauche. Il n'éprouvait plus aucune gêne dans les mouvements. Le dynamomètre indiquait un retour complet des forces : il marquait 47 kilog. de la main droite et 45 kilog. de la main gauche. Ce matin, la parésie et l'hypoesthésie n'ont pas reparu.

Cette guérison rapide fixe le diagnostic en rejetant hors de toute vraisemblance l'hypothèse d'une lésion organique des centres nerveux, des nerfs périphériques ou des muscles. Notre malade avait de l'anesthésie et de la parésie hystériques de l'avant-bras. Ces accidents qui s'étaient développés sous l'influence d'un épisode aigu de l'intoxication saturnine, persistaient après la disparition des symptômes abdominaux et céphaliques de l'empoisonnement par le plomb, comme le font d'ordinaire les accidents hystériques d'origine toxique. Ils auraient peut-être duré fort longtemps si nous n'avions eu l'idée de les traiter par l'aimantation.

III

Les accidents d'hystérie fruste d'origine toxique, analogues à ceux dont vous venez de voir un exemple, sont très fréquents. Plusieurs intoxications comptent, parmi leurs symptômes habituels, le développement d'anesthésies présentant tous les caractères cliniques des anesthésies hystériques. De ce nombre sont les

Fig. 4. — Analgésie cutanée en cuirasse et en bottes chez un alcoolisé chronique.

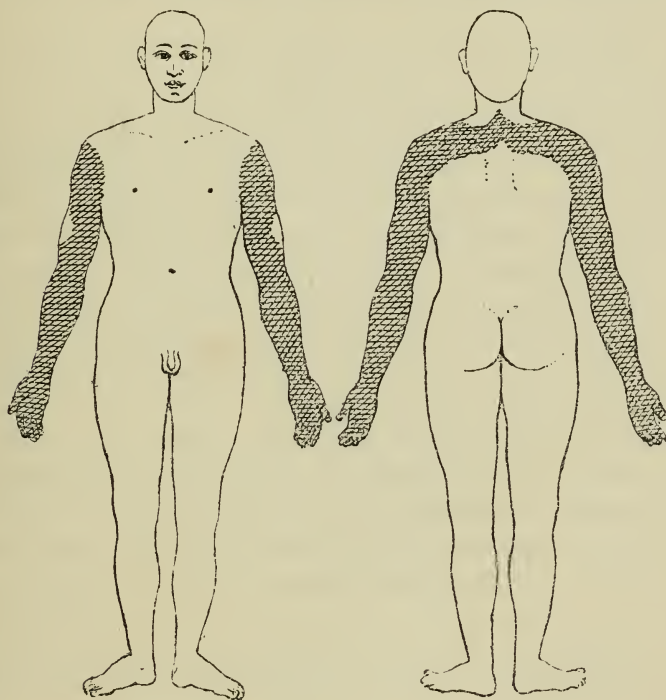


intoxications lentes par l'alcool, le plomb, le mercure, l'arsenic, le sulfure de carbone. Je me bornerai à vous entretenir des anesthésies des alcooliques et de celles des saturnins dont il existe plusieurs types dans le service. J'ai vu trop peu de cas des autres pour avoir le droit d'en parler.

L'anesthésie cutanée est très commune chez les alcooliques. Quelquefois l'insensibilité est totale et complète, mais le plus souvent elle est caractérisée seulement par de l'hypoesthésie ou

de l'analgésie. Sa distribution topographique est des plus variables. Elle peut être : *générale, hémilatérale,* disposée *en îlots disséminés.* Dans la majorité des cas elle affecte ce dernier mode de distribution; elle présente alors les formes les plus étranges, les plus imprévues. Aux membres inférieurs elle affecte de préférence les pieds et les jambes, enveloppant ces extrémités dans des sortes de *bottes* anesthésiques. Aux membres supérieurs elle épargne souvent la face palmaire des mains et forme des *bracelets* plus ou moins larges entourant les bras et les avant-bras *(fig. 5).* Au

Fig. 5. — Anesthésie des membres supérieurs dans un cas d'alcoolisme chronique.



tronc elle prend fréquemment la disposition en *cuirasse.* Dans un bon nombre de cas les îlots anesthésiques sont disséminés çà et là sans aucun ordre apparent, sans aucune symétrie.

Les îlots insensibles ont en général des contours nets. Ils sont parfois délimités sur les membres par des lignes régulièrement circulaires. Leur forme ne correspond ni aux champs de distribution des nerfs sensitifs ni aux territoires des diverses artères de la peau.

On ne constate à leur niveau aucun trouble de la nutrition cutanée, aucune modification appréciable de la calorification ou de la circulation. Les réflexes vasculaires et sécrétoires sont intégralement conservés. Le réflexe pupillaire sensitif n'est pas aboli

En même temps que la peau, les membranes muqueuses et les organes des sens sont le siège de troubles notables de la sensibilité tout à fait semblables à ceux que nous avons longuement étudiés dans l'hystérie : anesthésie ou analgésie des muqueuses de la bouche, du pharynx, du larynx, du nez, des oreilles; affaiblissement général ou partiel du goût, de l'odorat, de l'ouïe, de la vue, rétrécissement concentrique du champ visuel, dyschromatopsie, achromatopsie, etc.

Tout cela établit d'étroites analogies entre les anesthésies des hystériques et celles des alcooliques.

Il y a encore d'autres points de ressemblance et des plus importants. Dans les deux cas, en effet, l'anesthésie est indépendante de toute altération appréciable des centres nerveux [1]. Dans les deux cas aussi, elle se déplace spontanément d'un jour à l'autre et peut être modifiée en quelques instants sous l'influence des agents esthésiogènes. Il serait facile de trouver dans les auteurs plusieurs exemples de disparition brusque d'anesthésies alcooliques à la suite d'émotions morales, d'électrisations ou d'applications métalliques. Je vous en citerai deux :

Un malade observé par M. Dagonet présentait, à la suite d'un accès d'alcoolisme aigu violent, les symptômes d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté droit, avec tremblement choréiforme et parésie du même côté. Ce malade, éloigné de sa famille dans des circonstances pénibles, était fort préoccupé du sort des siens. Il reçut enfin une lettre lui portant des renseignements favorables, et il en fut si joyeux, qu'il guérit subitement de son hémianesthésie et des accidents unilatéraux qui l'accompagnaient (hémichorée, hémiparésie) [2].

M. Debove a rapporté à la Société médicale des hôpitaux de Paris l'histoire d'un alcoolique du service de M. Béhier, âgé de

[1] J'ai eu l'occasion, l'an dernier, de pratiquer l'autopsie d'un alcoolique invétéré qui buvait régulièrement chaque jour cinq à six litres de vin d'Espagne. Il avait des rêves caractéristiques, de l'anorexie, des douleurs diffuses et de larges plaques d'analgésie cutanée sur différents points des membres inférieurs et de la partie antérieure du tronc. Je n'ai trouvé aucune altération appréciable des organes encéphaliques ni des nerfs périphériques se rendant aux régions anesthésiques de la peau.

[2] Dagonet, *De l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale* (*Annales médico-psychologiques*, V[e] série, t. IX, 1873, p. 212-213).

cinquante ans, qui, à la suite d'une pneumonie compliquée d'un accès de *delirium tremens,* resta hémianesthésique du côté gauche. La sensibilité cutanée et les sens spéciaux étaient atteints. On résolut de traiter cet accident par les agents esthésiogènes. Des pièces d'argent ramenèrent momentanément la sensibilité dans une zone très limitée. Des courants continus très faibles (une électrode était placée sur le front, l'autre sur la face dorsale des pieds) firent disparaître l'anesthésie après trente-cinq minutes d'application. La guérison fut définitive [1].

L'action des esthésiogènes n'est pas toujours aussi efficace; mais au point de vue où nous sommes placés actuellement il importe peu que les effets soient persistants ou temporaires pourvu qu'il se produise des effets. Or, il résulte des observations que je poursuis depuis quelque temps dans le service, avec l'aide de M. E. Grasset [2], que l'anesthésie des alcooliques est très souvent accessible à l'action des agents esthésiogènes les plus variés. Les applications métalliques, les courants galvaniques et faradiques, l'électrisation statique, l'aimant, les sinapismes, les frictions sèches, etc., ont réveillé temporairement la sensibilité (avec ou sans transfert) sur des régions analgésiques ou anesthésiques de la peau de plusieurs de nos alcooliques, tout comme ils l'eussent pu faire chez des hystériques.

Je pourrais vous répéter presque mot pour mot à propos des *anesthésies saturnines* tout ce que je viens de vous dire au sujet des anesthésies alcooliques. L'identité est complète : mêmes caractères cliniques, même distribution topographique, même indépendance de toute altération appréciable des centres nerveux [3], mêmes variations spontanées [4], même mobilité sous l'influence des agents esthésiogènes [5].

[1] Debove, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 1879, p. 49.

[2] Edmond Grasset, *Étude clinique sur les troubles de la sensibilité cutanée chez les alcooliques.* Th. doct., Bordeaux, 1887.

[3] « Deux fois, dit Tanquerel des Planches, nous avons eu l'occasion de faire des autopsies d'individus morts avec une anesthésie saturnine. Nous n'avons rencontré aucune altération dans le système nerveux capable de rendre compte des phénomènes qui avaient signalé cette maladie. » (*Traité des maladies de plomb ou saturnines.* Paris, 1839, t. II, p. 207.) M. Constantin Paul n'a pas été plus heureux dans l'autopsie d'un malade mort d'urémie six semaines après la disparition d'une hémianesthésie saturnine sous l'influence de l'application de quatre pièces d'or. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* séance du 14 novembre 1879.)

[4] Tanquerel des Planches signale la mobilité comme un des caractères pathognomoniques de l'anesthésie saturnine. « Elle change, dit-il, de place et d'étendue d'un moment à l'autre. » (*Op. cit.,* t. II, p. 205.)

[5] Gubler a noté la disparition de l'anesthésie saturnine à la suite des frictions sèches pratiquées sur la peau, et M. A. Robin à la suite des sudations déterminées par le

Il faut ajouter, pour être complet, que toutes les anesthésies des alcooliques et des saturnins ne sont pas de nature hystérique. Quelques-unes sont la conséquence des lésions organiques des centres nerveux ou des nerfs périphériques, mais elles présentent alors des caractères spéciaux en rapport avec leur pathogénie.

IV

Je ne vous ai pas encore parlé des anesthésies qu'on rencontre fréquemment chez les syphilitiques et les chlorotiques; c'est à dessein que j'ai réservé leur étude pour un chapitre spécial, car leur existence, en tant qu'espèces distinctes, est fort contestable.

M. le professeur Fournier a décrit avec beaucoup de soin les troubles de la sensibilité cutanée chez les syphilitiques [1]. Ces troubles se montrent très souvent, *chez la femme,* dans la période secondaire de la syphilis. Ils sont caractérisés plus fréquemment par de l'analgésie que par de l'anesthésie totale. Rarement étendus à toute la surface du tégument, ils sont d'ordinaire disposés en îlots disséminés dont le siège de prédilection se trouve à la face dorsale des mains et des avant-bras et aux seins. Parfois l'analgésie s'étend aux membranes muqueuses et aux muscles.

A ces caractères cliniques indiqués par M. Fournier, on peut ajouter cette particularité importante que l'anesthésie des syphilitiques est très instable et qu'elle se modifie avec la plus grande facilité sous l'influence des agents esthésiogènes.

Pour M. Fournier, c'est, à n'en pas douter, le virus syphilitique qui est la cause directe de ces accidents. « Après mûr examen, dit-il, ma conviction s'est établie, et je puis vous affirmer que ces divers troubles (de la sensibilité) se manifestent chez les syphili-

jaborandi (cités par Renaut, Thèse d'agrégation, 1875, p. 65). M. Debove a signalé un cas d'hémianesthésie saturnine guérie par l'application d'un aimant. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* janvier 1879.) M. Constantin Paul a traité avec succès un cas analogue par les applications de pièces d'or. (Même recueil, novembre 1879.)

L'une des observations du mémoire de MM. Proust et Ballet (*De l'action des aimants sur quelques troubles nerveux et spécialement sur les anesthésies,* in *Journ. de thérap.,* 1879) est relative à un homme de cinquante ans, saturnin, atteint d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète du côté droit. L'application de l'aimant ramenait temporairement la sensibilité, sans transfert, dans le côté malade.

On trouvera plusieurs autres observations dans la thèse de M. Hamant. (*Étude sur l'hémianesthésie saturnine.* Th. doct., Paris, 1879.)

[1] A. Fournier, *Annales de dermatologie et de syphiliographie,* t. I, 1869, et *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme.* Paris, 1873, p. 783.

tiques du fait propre, du fait seul de la syphilis... Je ne conserve aucun doute pour ma part sur leur caractère spécifique... Je n'hésite pas à les rattacher à l'influence de la diathèse. »

En faveur de cette opinion, M. Fournier invoque trois raisons principales : 1° la grande fréquence des troubles sensitifs chez les femmes syphilitiques; 2° leur apparition au début de la période secondaire, en même temps que se développent les éruptions cutanées et muqueuses; 3° enfin leur disparition coïncidant habituellement avec celles des autres accidents secondaires.

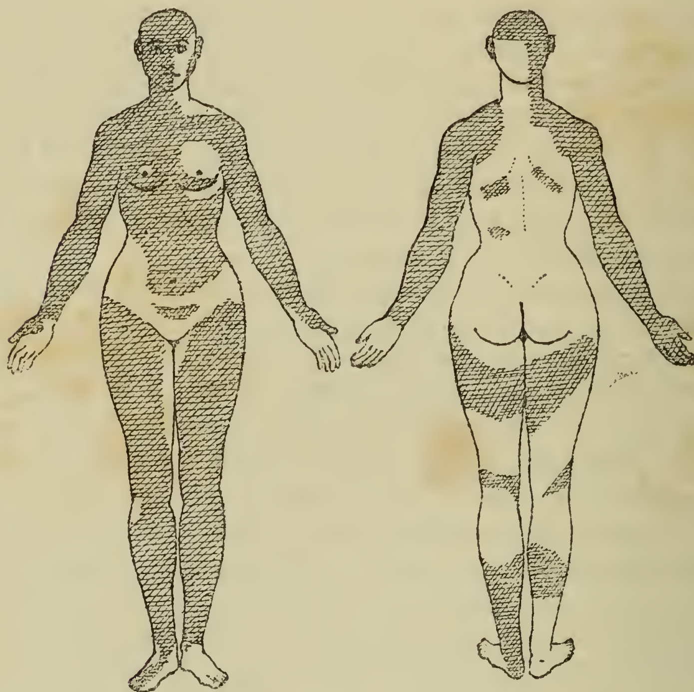
Ces preuves ne paraissent pas absolument convaincantes, et si j'en jugeais seulement par les faits que j'ai eu l'occasion d'observer, je serais tenté de leur donner une tout autre interprétation. Toutes les fois en effet que j'ai rencontré des troubles sensitifs de quelque importance chez les syphilitiques, c'était chez des femmes manifestement hystériques ou prédisposées à l'hystérie par leurs antécédents héréditaires ou personnels.

Dans ce moment même, nous avons à la salle 7 trois malades atteintes d'accidents syphilitiques secondaires. L'une est une grosse femme de trente et un ans qui a reçu la vérole de son mari; l'autre, âgée de vingt-six ans, est une prostituée qui l'a contractée dans l'exercice de sa profession; la troisième, âgée de dix-huit ans, l'a prise en faisant ses débuts dans la carrière amoureuse. Chez ces trois malades la syphilis est en pleine évolution et paraît avoir sensiblement la même gravité. Elle a donné lieu à des éruptions papulo-squameuses et à des plaques muqueuses buccales et vulvaires à peu près également confluentes dans les trois cas. Cependant deux de nos malades ne présentent aucun trouble appréciable de la sensibilité, tandis que la troisième a la peau tachetée d'îlots anesthésiques très nombreux, irrégulièrement disséminés sur toute la surface du corps *(fig. 6)*. Elle a en outre un rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels et plusieurs de ses muqueuses sont analgésiques.

Pourquoi la sensibilité est-elle si fortement atteinte chez cette malade, tandis qu'elle ne l'est pas du tout chez ses deux compagnes? Tout simplement parce qu'elle était prédisposée à l'hystérie avant de contracter la syphilis, et que les circonstances dans lesquelles elle est devenue malade ont été l'occasion d'émotions morales très vives. De fait, je trouve consignés dans son observation un certain nombre de renseignements qui confirment cette manière de voir : son père est sujet à des tournements de

tête accompagnés de défaillance, sur la nature desquels on n'est pas fixé. Sa mère est franchement hystérique; elle a des attaques de nerfs chaque fois qu'on la contrarie. Elle-même a eu une enfance assez maladive et, bien qu'elle n'ait jamais eu d'accidents convulsifs, elle était cependant très émotive et très nerveuse. A dix-huit ans, toute pleine d'illusions et de tendresse, elle fait la

Fig. 6. — Anesthésie cutanée en îlots dans un cas de syphilis.

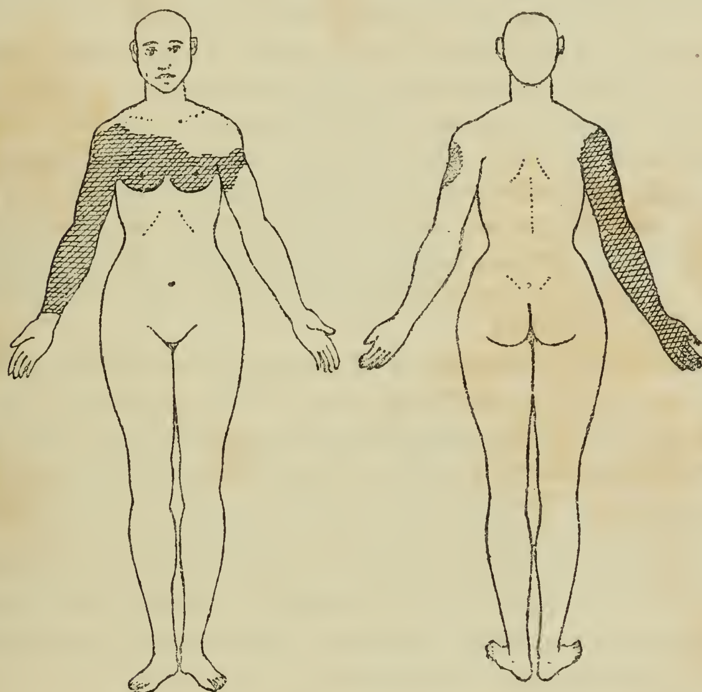


connaissance d'un jeune homme, l'aime, se livre à lui et contracte une maladie repoussante qui couvre son corps de boutons et de croûtes. Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, qu'il y a dans cette aventure, commençant comme une idylle et se terminant comme un drame, de quoi troubler profondément le système nerveux d'une fille d'hystérique?

Et s'il en est ainsi, non seulement dans le cas particulier dont je viens de vous parler, mais dans la majorité des cas, on peut fort bien se rendre compte des coïncidences invoquées par M. Fournier en faveur de l'hypothèse de l'origine virulente des troubles sensitifs des syphilitiques. Ces troubles se trouvent chez la femme

plutôt que chez l'homme, parce que les femmes sont plus fréquemment que les hommes hystériques ou prédisposées à l'hystérie. Ils se développent en même temps que les premiers accidents secondaires, parce que c'est à ce moment que les angoisses, les regrets, les craintes pour l'avenir ont le plus d'acuité. Ils disparaissent avec ces mêmes accidents secondaires, parce que les

Fig. 7. — Analgésie cutanée en ilots dans un cas de chloro-anémie.



préoccupations morales provenant de la maladie diminuent à mesure que les éruptions apparentes s'effacent et que la maladie guérit ou semble guérir.

En somme, rien ne prouve d'une façon certaine que les anesthésies des syphilitiques soient d'origine virulente. diathésique. Il est très vraisemblable qu'elles se développent, à l'occasion de la syphilis, chez des sujets préalablement hystériques ou prédisposés à l'hystérie, et qu'elles ne doivent pas être séparées des anesthésies hystériques vulgaires [1].

[1] Voir à ce sujet une leçon de M. Charcot, *Hystérie et Syphilis* (*Progrès médical*, 17 décembre 1887).

J'en dirai autant des anesthésies des chloro-anémiques. Elles sont très fréquentes et ressemblent exactement, au point de vue de leur distribution topographique *(fig. 7)* et de leurs caractères symptomatiques, à celles des syphilitiques; mais selon toute vraisemblance, elles ne dépendent pas directement des altérations du sang qui sont la cause des accidents chloro-anémiques.

D'abord, il est certain qu'elles ne sont pas en rapport avec le degré de la pauvreté globulaire. Vous vous rappelez sans doute cette jeune femme sur laquelle mon excellent collègue M. le professeur Oré avait bien voulu pratiquer la transfusion pour une anémie profonde consécutive à des hémorragies post-puerpérales répétées. Quand elle est entrée à l'hôpital, elle était presque absolument exsangue, et le peu de sang que contenaient ses vaisseaux ne renfermait que 600,000 globules rouges par millimètre cube. Malgré cela elle n'avait aucun trouble appréciable de la sensibilité cutanée, tandis que beaucoup de chloro-anémiques dont le sang est incomparablement plus riche ont des îlots d'anesthésie cutanée.

Ensuite, elles sont mobiles et accessibles aux agents esthésiogènes [1], ce qui ne s'expliquerait pas si elles dépendaient directement de l'altération qualitative ou quantitative du sang. Selon toute vraisemblance, il s'agit là d'anesthésies hystériques vulgaires développées, à l'occasion de la chlorose, chez des sujets préalablement prédisposés aux accidents névropathiques.

La conséquence pratique qui découle de ces faits, c'est qu'il faut chercher, dans chaque cas particulier, à distinguer les accidents toxiques des accidents hystériques, afin de traiter les uns et les autres par des moyens appropriés.

[1] Laporte, *Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité cutanée dans la chlorose*. Th. doct., Bordeaux, 1888.

TRENTE-HUITIÈME LEÇON

DE LA NEURASTHÉNIE ET DE L'HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUES

SOMMAIRE

I. Caractères cliniques de la neurasthénie spontanée.
II. Exemple de neurasthénie traumatique pure.
III. Exemple d'hystéro-neurasthénie traumatique.
IV. Exemple de névrose complexe, d'origine traumatique, présentant des symptômes d'hystérie, de neurasthénie et de goître exophtalmique combinés.

MESSIEURS,

Les grands ébranlements traumatiques déterminent quelquefois l'explosion d'accidents névrosiques nettement différenciés. Après une chute de cheval ou une collision de chemin de fer, tel malade peut présenter les symptômes de l'hystérie franche, tel autre ceux de la paralysie agitante vulgaire; un troisième deviendra neurasthénique, un quatrième épileptique.

Ces cas simples sont loin d'être rares. Mais ils sont peut-être moins fréquents que ceux dans lesquels les traumatismes provoquent, ainsi que l'a montré M. Charcot[1], des états morbides complexes, formés par l'association, en proportions variables, de symptômes appartenant d'ordinaire à des névroses distinctes, par exemple à l'hystérie et à la neurasthénie.

Sans entrer dans les discussions doctrinales que soulève l'interprétation de ces états complexes, je veux vous en montrer quelques exemples afin de vous familiariser avec leurs apparences cliniques et vous aider, le cas échéant, à en faire le diagnostic. Mais auparavant il me paraît indispensable de vous indiquer brièvement les caractères de la neurasthénie spontanée.

[1] *Leçons du mardi,* passim.

I

La neurasthénie est une névrose caractérisée par des troubles sensitivo-sensoriels et psychiques dont les plus fréquents sont des sensations pénibles siégeant sur différents points du corps et un état mental tout particulier dont l'inquiétude, l'inaptitude au travail et à l'attention soutenue, l'irritabilité, constituent les traits principaux.

C'est l'affection qu'on a décrite depuis longtemps sous les noms d'*hypocondrie*, de *névralgie générale*, d'*irritation spinale*, de *nervosisme*, de *névrose protéiforme*, de *névropathie cérébro-cardiaque*, de *diathèse nerveuse*, d'*affection vaporeuse*, de *faiblesse irritable du système nerveux*, d'*asthénie nerveuse*.

Cette multiplicité de dénominations s'explique par ce fait que la neurasthénie, tout en conservant sa personnalité nosologique, revêt des apparences cliniques très diverses.

Les formes les plus tranchées sont :

1° La *forme cérébrale*, dans laquelle les malades se plaignent surtout d'une céphalée incommode, d'une sensation de pesanteur ou de constriction siégeant tantôt sur le front, tantôt sur le sommet de la tête, tantôt sur la région occipitale. Cette céphalée est extérieure au crâne et non pas intra-encéphalique. On la connaît sous le nom de *calotte* ou de *casque neurasthénique*, parce que les malades qui en sont atteints la comparent d'habitude à la douleur que provoquerait une calotte de plomb appliquée sur leur tête ou un casque trop étroit enserrant leurs tempes. Elle n'est pas exagérée d'ordinaire par les secousses imprimées au crâne. Elle disparaît souvent sous l'influence des distractions, mais reparaît aussitôt après. Contrairement à la céphalée syphilitique, elle est presque toujours plus forte le jour que la nuit. Elle s'accompagne d'une inaptitude très marquée aux travaux intellectuels, d'une sorte de fatigue permanente du cerveau, de vertiges, d'éblouissements, de bourdonnements d'oreilles, etc.

2° La *forme spinale* ou *rachialgique* a été bien étudiée, sous le nom d'*irritation spinale*, par M. Armaingaud (de Bordeaux) qui a fait connaître un de ses symptômes les plus fréquents : la *douleur apophysaire*. Les autres sont : des sensations de courba-

ture dans les membres inférieurs, des tiraillements, des crampes, des impatiences dans les mollets.

3° La forme *névralgique,* décrite surtout par Valleix, est caractérisée par des douleurs aiguës, mobiles, ressemblant aux douleurs névralgiques vraies, car souvent elles suivent ou semblent suivre le trajet anatomique des nerfs.

4° Dans la forme *cardialgique,* les malades accusent des palpitations, de l'angoisse précordiale, des crises d'étouffement avec ou sans névralgies intercostales.

5° Les caprices de l'appétit, les digestions pénibles, le ballonnement du ventre après les repas, les coliques, la constipation opiniâtre, les borborygmes bruyants caractérisent la *forme gastro-intestinale.*

6° Dans la forme *génitale,* on constate des pollutions nocturnes, des pertes séminales plus ou moins fréquentes, de l'anaphrodisie, des perversions passionnelles, etc.

Ces divisions sont en grande partie schématiques, car la neurasthénie n'est presque jamais exclusivement cérébrale, spinale, cardialgique, etc. L'une ou l'autre des manifestations symptomatiques de la névrose tient le premier rang dans les préoccupations des malades, mais les symptômes les plus variés se trouvent réunis chez les mêmes sujets.

Quelle que soit d'ailleurs la forme qu'affecte la maladie, l'état mental des malades est toujours à peu près le même. Le neurasthénique est inquiet, raisonneur, écrivassier et foncièrement nosomane. Il se préoccupe outre mesure des symptômes qu'il éprouve. Il croit toujours être atteint d'une affection organique incurable. Il se tâte le pouls, se palpe, s'examine, s'étudie. Il aime à parler de sa maladie et à raconter ses souffrances. Avec cela, il est incapable d'une attention soutenue; l'application intellectuelle le fatigue et l'énerve; il est triste, morose, irritable, émotif et ne s'intéresse à rien autre chose qu'à son mal.

La neurasthénie survient d'ordinaire chez des sujets appartenant, par leur hérédité, à la famille névropathique. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. C'est entre vingt et cinquante ans qu'elle se développe le plus souvent.

De toutes les causes occasionnelles qui peuvent provoquer son apparition, le *surmenage* est la plus commune et la plus active.

Tous les gens qui font des dépenses nerveuses excessives sont exposés, pour peu qu'ils aient quelque tare héréditaire, à devenir

un jour ou l'autre neurasthéniques. De ce nombre sont les *artistes* qui, se livrant avec une égale ardeur au travail et au plaisir, brûlent, comme on dit, la chandelle par les deux bouts; les *laborieux* qui s'absorbent dans la préparation de travaux intellectuels difficiles; les *hommes de lettres* et les *savants* qui fatiguent incessamment leur cerveau sans jamais exercer leurs muscles; les *passionnels* qui s'épuisent par des excès vénériens au-dessus de leurs forces; les *inutiles* qui mènent ce qu'on est convenu d'appeler la grande vie, etc.

La neurasthénie peut aussi survenir accidentellement à la suite de grands ébranlements traumatiques.

Tous les auteurs qui ont étudié le Railway-Spine et le Railway-Brain, ont longuement insisté sur l'espèce de mélancolie anxieuse qui s'empare des malades. M. Vibert, qui a observé, en dehors de toute préoccupation doctrinale, un grand nombre de victimes de collisions de chemins de fer, a constaté dans presque tous les cas, aussitôt après l'accident, un état d'excitation nerveuse caractérisée par de l'insomnie, des cauchemars, des tremblements musculaires, des maux de tête, de l'émotivité exagérée[1].

Quelquefois ces symptômes se dissipent rapidement, mais d'autres fois ils persistent fort longtemps et s'accompagnent de troubles de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité.

La mémoire est affaiblie, surtout celle des événements récents. Quelques malades sont obligés d'écrire sur un carnet le détail de leurs occupations pour éviter des oublis perpétuels; d'autres ont de véritables amnésies partielles. L'amnésie rétrograde est très commune; les amnésies limitées aux noms propres ou à certaines catégories de connaissances sont plus rares, mais on en a cité des exemples. L'attention ne peut être soutenue longtemps. Le bruit, les conversations, la lecture, l'écriture fatiguent et irritent les malades.

Le caractère devient inquiet, morose, irascible. Dans quelques cas on observe des crises de sanglots et de pleurs. Certains malades pleurent pour un rien et s'attendrissent à tout propos. En revanche, on ne constate jamais d'hallucinations ni de véritables conceptions délirantes.

Les organes des sens sont souvent atteints. Les bourdonnements et les sifflements d'oreilles, l'hyperacousie et la photophobie, la

[1] Vibert, *Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*. Paris, 1888.

parésie de l'accommodation, les mouches volantes sont fréquemment signalés dans les observations de neurasthénie traumatique.

La sensibilité cutanée reste normale. Du côté des membres, on constate des fourmillements, des engourdissements, des sensations de lassitude et de courbature. La force musculaire est diminuée. Les malades ont de la peine à marcher ou à faire un travail physique prolongé. Ils ne sont cependant pas paralysés, mais ils sont fatigués pour le moindre exercice. Quelquefois les membres sont le siège d'un petit tremblement vibratoire qui ne gêne pas notablement l'exécution des mouvements volontaires.

La perte des fonctions génitales est très commune. Les fonctions de la vessie et du rectum ne sont jamais compromises.

A ces symptômes nerveux viennent se joindre, dans les cas graves, des troubles viscéraux : anorexie, embarras gastrique, ictère, nausées, oppressions, palpitations de cœur.

Le pronostic de la neurasthénie d'origine traumatique est très difficile à établir d'une façon positive. La guérison n'est jamais brusque. Dans les cas les plus favorables, la maladie persiste pendant deux ou trois mois; dans les autres, elle dure, sans modifications appréciables, pendant plusieurs années.

II

Le jeune homme que je vous présente est atteint depuis deux mois de neurasthénie d'origine traumatique. Voici le résumé des notes recueillies sur son compte par notre interne, M. Lamacq.

Observation I. — *Neurasthénie traumatique.* — Émile Delr..., âgé de vingt-cinq ans, est venu pour la première fois à la consultation externe de la clinique le 20 novembre 1889.

Antécédents héréditaires : Père mort il y a vingt ans d'une fluxion de poitrine; c'était un homme doux, bien pondéré, ne faisant aucun excès. *Mère* vivante et bien portante, mais extrêmement émotive; elle n'est cependant pas sujette à des attaques de nerfs. Elle a eu sept enfants dont six sont morts en bas âge d'affections diverses. Il faut noter que les grands-parents de notre malade étaient tous d'un caractère extrêmement violent et que ses oncles sont eux aussi d'une irritabilité excessive.

Antécédents personnels : D... n'a jamais fait de maladies sérieuses. C'est un bon ouvrier, actif, intelligent. Il ne boit pas outre mesure; il n'a jamais eu d'accidents saturnins. Pas de syphilis. Il a toujours été très emporté, mais ses colères sont de courte durée.

Début et évolution de la maladie actuelle : Le 10 septembre 1889, D... était occupé à la réfection des peintures de la salle de l'Alhambra. En voulant se tourner sur un échafaudage mal assujetti, il fit basculer une planche et tomba la tête la première d'une hauteur de cinq mètres environ sur des dalles en ciment. Il perdit immédiatement connaissance. On le transporta aussitôt à l'hôpital, où M. A. Boursier constata une large plaie du cuir chevelu et un écoulement abondant de sang par l'oreille gauche. Quand le malade reprit ses sens, il se plaignit d'un grand mal de tête et eut quelques vomissements. On craignit une fracture du rocher et on appliqua sur la tête des vessies de glace. Après trois semaines de traitement D... pouvait se lever et marcher sans difficultés. Il quitta l'hôpital, pensant reprendre bientôt ses occupations habituelles. Mais quand il rentra dans sa famille, il fut pris d'inquiétude, de tristesse. Il ressentait sur le sommet de la tête une douleur permanente qui le préoccupait outre mesure. Il disait à ses parents qu'il ne guérirait jamais ; il se plaignait d'une sensation continuelle de lassitude, d'affaiblissement de la mémoire, de fatigue cérébrale, etc.

Ces accidents ne s'amendant pas, il vint nous consulter et, depuis le 20 novembre, il est en traitement sous notre direction.

Les symptômes qu'il présente sont les suivants :

Il a constamment mal à la tête. La douleur siège surtout au niveau de l'occiput ; elle est lourde, contusive, exaspérée par les mouvements et les efforts.

Le malade marche avec hésitation, comme s'il avait peur de tomber à chaque pas. Quand il monte un escalier, il a bien soin de se tenir du côté du mur, parce que s'il venait à regarder dans le vide par-dessus la rampe, il aurait des vertiges très pénibles. Si on le fait monter sur une chaise ou sur une table, lui qui était habitué à rester des journées entières sur des échelles ou sur des échafaudages élevés, il est anxieux, voit tout tourner autour de lui et demande à descendre au plus vite.

Il est toujours las, fatigué, courbaturé. Il ne se trouve bien qu'au lit. Il aurait de la peine à marcher plus de quelques minutes sans se reposer. Il lui est impossible de courir. Cependant ses forces sont bien conservées ; il serre le dynamomètre avec une énergie normale (main droite, 35 kilog. ; main gauche, 40 kilog.) et il résiste avec beaucoup de force quand on essaie de faire fléchir ses jambes malgré lui. Les mains étendues horizontalement sont agitées d'un petit tremblement vibratoire rapide et serré qui ne gêne pas l'exécution des mouvements volontaires.

Il a continuellement des bourdonnements d'oreilles. Sa vision est trouble, incertaine ; il ne distingue nettement les objets qu'après les avoir fixés un instant. L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil ne révèle pourtant rien d'anormal. Les champs visuels ne sont pas rétrécis ; il n'y a pas de troubles de la perception des couleurs. Les réactions pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont normales.

Les phénomènes d'asthénie intellectuelle sont très remarquables. D..., qui était, avant l'accident du 10 septembre, gai, expansif, rieur, est aujour-

d'hui sombre, morose, mélancolique. Tout l'ennuie, tout le fatigue, tout l'irrite. Il ne peut soutenir une conversation prolongée; il ne peut fixer son attention sur rien. Sa mémoire est affaiblie; il se rappelle cependant fort bien les incidents qui ont précédé sa chute; il n'a pas d'amnésie véritable, mais il est obligé de réfléchir un moment avant de répondre aux questions les plus simples.

Il lit bien pendant quelques minutes, puis peu à peu ses idées se brouillent, et il est obligé de poser son livre. De même pour l'écriture : après avoir tracé correctement quelques lignes, il ne sait plus ce qu'il fait.

Le sommeil est souvent interrompu par des cauchemars terrifiants ou érotiques. Le malade rêve souvent qu'il est à son travail, sur un échafaudage peu solide, et il se réveille en sursaut, le cœur palpitant et tout le corps couvert de sueur. Les rêves érotiques sont survenus seulement dans ces derniers jours. Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accident, D... n'avait aucun désir génésique. Il en était même très alarmé, car il est sur le point de se marier. Mais depuis quelques jours il paraît avoir plutôt de l'excitation génitale. Chaque fois qu'il voit sa fiancée, il a des érections prolongées.

La sensibilité de la peau et des muqueuses est intégralement conservée. Les réflexes rotuliens sont faibles. Le réflexe pharyngien est aboli.

Toutes les grandes fonctions organiques s'accomplissent régulièrement. L'appétit est bon; les urines, claires et abondantes, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Combien de temps vont durer ces symptômes? Je l'ignore absolument. Dans le cas actuel, la maladie ne paraît pas extrêmement grave. J'espère que la guérison ne se fera pas trop attendre, mais rien ne permet de fixer *a priori* l'époque à laquelle elle arrivera [1].

III

Le malade que vous venez de voir est un neurasthénique pur; celui que je vais vous montrer a été atteint d'hystéro-neurasthénie, car il a présenté, après une chute grave, une longue série d'accidents névropathiques dont les uns étaient bien certainement de nature hystérique, puisqu'ils ont été brusquement modifiés par l'aimantation, tandis que les autres appartenaient à la famille neurasthénique. Voici son histoire :

Obs. II. — *Hystéro-neurasthénie traumatique.* — Pierre Dup..., âgé de trente-quatre ans, charpentier de navires, est tombé le 26 mai 1888 au

[1] Le malade a guéri assez rapidement : après un mois de traitement, il a commencé à éprouver une amélioration très sensible. Il a pu reprendre son travail dans les premiers jours de janvier 1890, quatre mois par conséquent après le traumatisme initial.

fond de la cale d'un paquebot, sur le pont duquel il travaillait, d'une hauteur de 20 mètres environ. C'est le talon gauche qui a porté le premier; mais entraîné par la violence de la chute, le malade n'a pu conserver l'équilibre et il a été projeté violemment sur le côté gauche en se faisant une entorse du poignet et des plaies assez profondes au-dessus du sourcil gauche et au niveau de la lèvre inférieure du même côté. Il ne perdit pas connaissance. On le transporta aussitôt à l'hôpital, où il fut placé dans le service de M. le professeur Demons. A ce moment-là, il était anxieux, surexcité, loquace, tellement que l'interne de garde qui pansa ses blessures supposa à tort qu'il était ivre.

Le 2 juin on constata qu'il avait une ecchymose de la conjonctive droite et une autre de la gencive. On remarqua également qu'il articulait les mots d'une façon anormale, mais on n'attacha pas grande importance à ce symptôme, qu'on attribua à la plaie contuse de la lèvre. On nota enfin, en faisant le pansement, une hypoesthésie très marquée de la voûte palatine et de la langue.

L'intelligence était intacte, mais le malade était toujours excité; il parlait avec précipitation, malgré la difficulté qu'il éprouvait à articuler les mots.

Peu de jours après, Dup... voulut sortir de l'hôpital. Les plaies du sourcil et de la lèvre étaient complètement cicatrisées; les ecchymoses de la conjonctive et de la gencive s'effaçaient petit à petit; mais les troubles du langage étaient plus accentués, la surexcitation cérébrale persistait, l'hypoesthésie de la voûte palatine et de la langue n'était pas modifiée. De plus, le malade se plaignait d'une douleur continue au talon et au poignet gauches et d'une céphalalgie continue.

Le 18 juin, Dup... vint nous demander conseil. Nous l'examinâmes avec le concours de M. Bitot, interne du service, qui a recueilli et publié son observation [1], et nous pûmes dès ce jour porter le diagnostic d'accidents hystéro-traumatiques complexes. A ce moment, le malade avait une sorte de bégaiement ou plutôt de zézaiement, avec substitution de certaines lettres à d'autres, des secousses convulsives des muscles de la face, une hémianalgésie totale du côté droit *(fig. 83)*, une abolition complète du réflexe pharyngien, un rétrécissement concentrique des champs visuels *(fig. 84)*.

De plus, nous apprîmes que Dup... était un original, émotif et irritable, comptant, parmi ses ascendants, un suicidé et plusieurs névropathes, et ayant été atteint lui-même, à l'âge de quinze ans, à la suite d'une chute dans l'eau, d'un tremblement général qui avait duré près d'une année. En outre, sa femme nous raconta que, depuis sa sortie de l'hôpital, son caractère, toujours un peu difficile, était devenu insupportable; qu'il s'irritait et se préoccupait de tout; qu'il avait souvent des insomnies ou des cauchemars très pénibles.

Étant donné ce diagnostic, que confirmaient surabondamment tous les

[1] *Un cas d'hystéro-traumatisme chez l'homme,* par Émile Bitot et Henri Lamarque, internes des hôpitaux de Bordeaux (*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* 1889).

renseignements que nous venions d'obtenir, nous conseillâmes l'application immédiate d'un aimant sur l'avant-bras droit (côté analgésique). Cette

Fig. 8. — Distribution des troubles de la sensibilité cutanée chez Dup... En *a a* analgésie complète, en *b b* hypoesthésie.

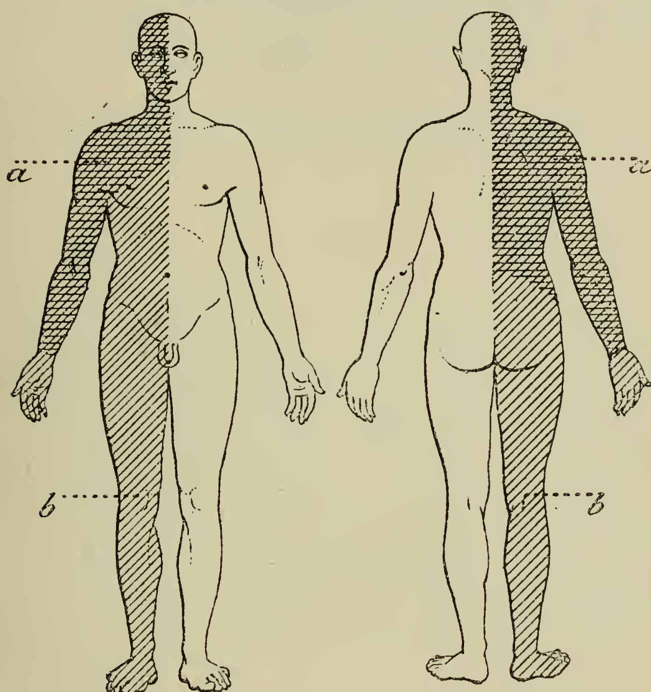
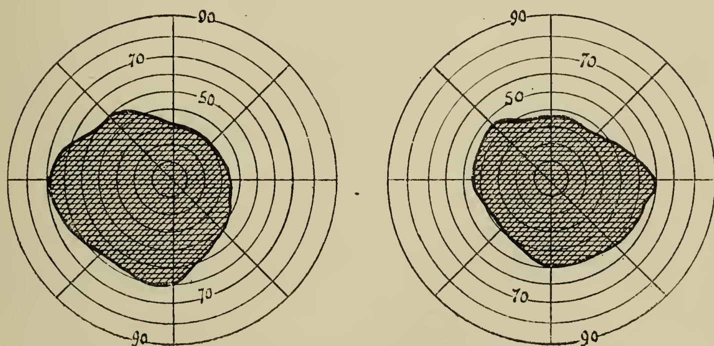


Fig. 9. — Rétrécissement concentrique du champ visuel de Dup...



médication produisit un résultat sur lequel nous ne comptions pas. Elle fit disparaître l'hémianalgésie, mais elle détermina une contracture permanente des muscles du côté gauche du cou et de ceux du membre inférieur

gauche, contracture qui persista durant plus de deux mois *(fig. 10 et 11)*. Nous soumîmes alors le malade à une cure hydrothérapique régulière; son état s'amenda lentement, la parole devint plus facile, les tics de la face et la contracture disparurent, l'irritabilité anormale du caractère s'apaisa, et, au mois d'octobre, la guérison était complète.

Depuis lors, le malade a repris son équilibre mental et ses occupations. Il ne présente pour ainsi dire plus rien d'anormal.

Fig. 10. — Attitude de Dup... avant l'aimantation.



Fig. 11. — Attitude de Dup... après l'aimantation.



Établissons, si vous voulez, le bilan de ce qui doit être rapporté dans ce cas à l'hystérie, et de ce qui revient à la neurasthénie.

L'hémianalgésie du côté droit, qui s'est dissipée soudainement après une séance d'aimantation, la contracture hémilatérale qui s'est développée après l'application de l'aimant, le zézaiement, l'abolition du réflexe pharyngien, le rétrécissement concentrique des champs visuels, sont évidemment des symptômes hystériques.

A la neurasthénie appartiennent les troubles de l'intelligence et les modifications du caractère, l'irritabilité anxieuse, l'inquiétude, l'insomnie, la céphalée, qui se sont montrés par la suite.

Ces derniers symptômes s'observent très fréquemment chez les traumatisés. Quand ils se montrent seuls à la suite d'un grand traumatisme, c'est qu'on a affaire à un cas de neurasthénie traumatique pure; quand ils coexistent, comme chez Dup..., avec des accidents franchement hystériques, il faut porter, ce me semble, le diagnostic d'hystéro-neurasthénie traumatique [1].

IV

Les accidents névropathiques qui succèdent aux traumatismes peuvent être encore plus complexes. Dans quelques cas, on constate, à côté de symptômes hystériques et neurasthéniques, des phénomènes qui n'appartiennent ni à l'hystérie ni à la neurasthénie et qu'on est obligé d'attribuer à une troisième névrose surajoutée aux deux premières. Nous avons précisément depuis quelques jours dans le service un malade qui offre un bel exemple de cette association de trois névroses ordinairement distinctes, car il présente à la fois des symptômes d'hystérie, de neurasthénie et de maladie de Graves. Son histoire est assez intéressante pour que je vous la raconte en détail.

Obs. III. — *Névrose complexe d'origine traumatique : symptômes d'hystérie, de neurasthénie et de maladie de Graves* [2]. — Ernest Ai..., âgé de trente-cinq ans, employé de commerce, a été très bien portant jusqu'au mois d'octobre 1886. Dans sa jeunesse il n'a pas eu de maladies graves. Pendant son service militaire, à Alger, il a eu quelques accès de fièvre intermittente qui ont guéri rapidement. Il a toujours mené, à ce qu'il dit, une vie régulière. Il n'a pas fait de grands excès vénériens et ne s'est jamais livré à la boisson. Il avait un caractère gai et expansif.

Antécédents héréditaires : Son *père* et sa *mère* sont vivants et jouissent tous deux d'une bonne santé. Deux de ses *oncles* (l'un du côté paternel, l'autre du côté maternel) sont morts aliénés. Il ne croit pas qu'aucun autre de ses parents ait été atteint de maladies nerveuses. Il est fils unique.

[1] Voyez à ce sujet un très intéressant travail de M. Dutil, intitulé : *Hystérie et neurasthénie associées* (*Gazette médicale de Paris,* 30 nov. et 7 déc. 1889).

[2] Le malade qui fait l'objet de cette observation a été présenté le 12 août 1887 à la Société médicale des hôpitaux de Paris par M. le Dr Debove, qui a donné un court résumé de son histoire et a porté le diagnostic d'hystérie et de goître exophtalmique associés, ou plutôt de maladie de Graves fruste d'origine hystérique.

Début de la maladie : Le 15 octobre 1886, Ai..., se trouvant à Marseille, voulut assister à une fête donnée au Prado. Pour mieux jouir du spectacle, il monta sur un rocher recouvert de terre, près du bord de la mer. Tout à coup un éboulement se produisit, et notre malade fut précipité dans les eaux d'une hauteur de huit mètres environ. Il perdit aussitôt connaissance. Il ne sait pas s'il a été heurté par des blocs de rocher. Tout ce qu'il peut dire, c'est que, quand il a repris ses sens, une heure environ après l'accident, il était couché dans un lit d'hôpital et ne portait sur le corps aucune trace de contusions violentes.

Les jours suivants, il eut de la fièvre et du délire qui se calmèrent très vite, et des cauchemars dans lesquels il se figurait toujours tomber dans des précipices.

Le 3 novembre, il quitta l'hôpital et entra dans une agence de publicité pour y faire des écritures. Pendant trois mois, il accomplit régulièrement son travail, n'éprouvant d'autres troubles nerveux que les cauchemars terrifiants dont il vient d'être question. Vers le mois de février 1887, il commença à se sentir fatigué : il ne pouvait plus fixer son attention, il avait de la peine à marcher dans l'obscurité; il était incommodé par des palpitations de cœur très fréquentes, enfin ses yeux devenaient plus saillants qu'ils ne l'étaient précédemment.

Malgré ces malaises, il conserva son emploi jusqu'au mois de mai. A cette époque, la maladie s'aggrava notablement. Aux symptômes précédemment indiqués vinrent s'ajouter une tristesse profonde avec tendance au suicide, des lipothymies, des douleurs de tête, des sensations de boule partant de l'épigastre et remontant à la gorge, etc.

Le malade se rendit alors à Paris, où il resta deux ans, passant successivement d'un hôpital à l'autre et se soumettant sans succès à toutes sortes de traitements.

La morphine est jusqu'à présent le seul agent thérapeutique qui lui ait procuré quelque soulagement. Aussi a-t-il pris l'habitude et le goût des injections hypodermiques.

Il s'est dernièrement décidé à retourner dans sa famille, à Béziers, et c'est dans le cours de son voyage que, se trouvant plus souffrant, il est entré dans notre service le 10 décembre 1889 (salle 16, lit 6).

État actuel : Ainsi que vous pouvez le constater, Ai... est un homme d'une constitution robuste; ses muscles sont bien développés, son teint est coloré. Il est actuellement dans un de ces moments de calme que lui procure la morphine, et nous allons pouvoir étudier tout à loisir les nombreux symptômes qu'il présente.

L'un des plus saillants est la tristesse profonde qui obsède son esprit. Il est toujours sombre, morose, mélancolique, préoccupé de son avenir. Il a des idées de persécution. Convaincu qu'il est atteint d'une maladie incurable, il pense sans cesse à mettre fin à ses jours. Il a déjà une fois tenté de se suicider en se jetant dans la Seine. Depuis lors, il ne peut passer sur un pont sans se sentir « attiré par l'eau ». Il répond avec mauvaise humeur,

souvent même avec colère, aux questions qu'on lui pose. Il ne sourit jamais. Il est manifestement désespéré et fatigué de vivre.

Toute la peau et toutes les muqueuses accessibles sont absolument anes-

Fig. 12. — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Ai...

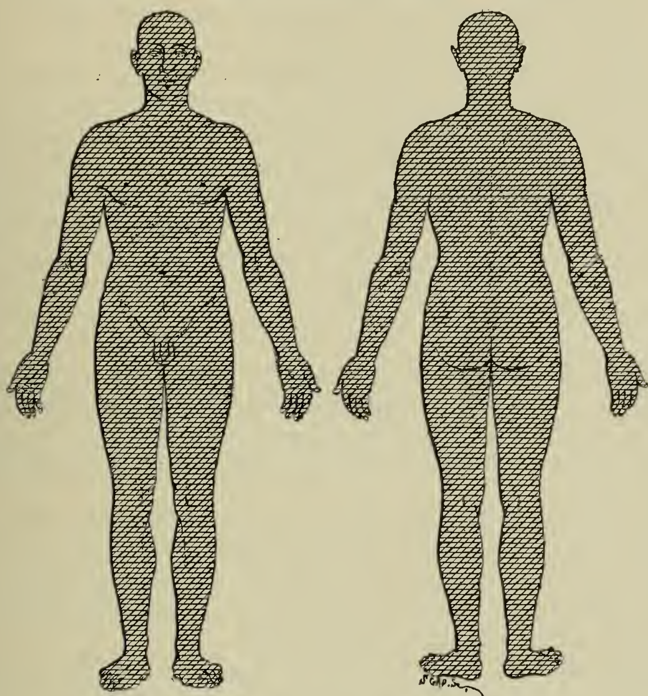
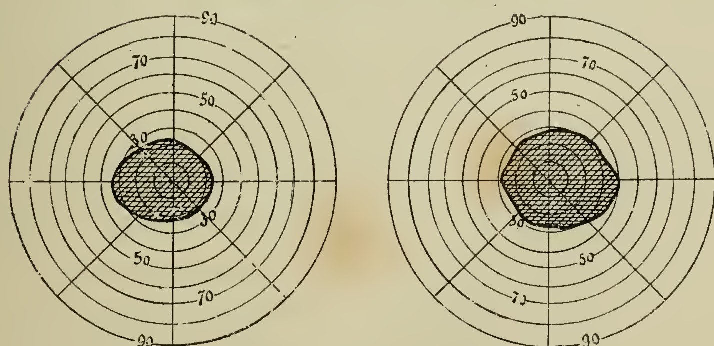


Fig. 13. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Ai...



thésiques *(fig. 12)*. Les contacts, les pincements, les brûlures, les piqûres ne donnent lieu à aucune perception sensitive. Les muscles, les articulations, les os sont également insensibles à toutes les excitations possibles (traction,

torsion, etc.). Les sensations internes de faim, de soif, de plénitude de l'estomac sont, au contraire, bien conservées.

Le malade éprouve des douleurs très pénibles sur différents points du corps. Il se plaint d'une céphalée continuelle occupant la région frontale et le sommet du crâne. Il lui semble que sa tête est enserrée dans un cercle de fer. Il ressent aussi, de temps en temps, comme des coups de marteau frappés dans l'intérieur du crâne.

Les globes oculaires sont plus saillants qu'ils ne l'étaient au début de la maladie. Les pupilles sont égales; elles réagissent faiblement à la lumière et aux efforts d'accommodation. Les couleurs sont assez bien perçues quand les deux yeux sont ouverts, mais de l'œil gauche seul le malade voit le vert jaune, le bleu noir, le lilas et le rose gris. Il a aussi de la diplopie monoculaire jusqu'à $0^{m}50$; au delà, il ne distingue plus les contours des objets. Ce symptôme n'existe pas de l'œil droit. Les deux champs visuels sont très rétrécis concentriquement *(fig. 13)*. Il n'y a pas de lésions de la papille.

Les quatre membres et la tête sont agités d'un tremblement vibratoire rapide qui se calme après les injections de morphine et qui ne s'exagère pas pendant l'exécution des mouvements volontaires. La force musculaire est affaiblie du côté gauche. Au dynamomètre le malade donne une pression de 36 kilog. de la main droite et de 14 kilog. seulement de la main gauche. La marche est un peu hésitante parce que la sensation de résistance du sol n'est pas perçue.

L'occlusion des paupières amène des troubles profonds dans la motilité. La station verticale, la marche, les mouvements volontaires des membres supérieurs deviennent absolument impossibles. On observe alors au grand complet les phénomènes décrits par Duchenne, de Boulogne, sous le nom de *paralysie de la conscience musculaire*[1].

La diathèse de contracture est très manifeste. Si l'on vient à percuter brusquement un des membres du malade ou si on lui donne un *shake-hand* un peu fort, le membre correspondant est aussitôt immobilisé par une contracture violente qui se dissipe par l'insufflation ou les frictions légères. Les réflexes rotuliens sont abolis ainsi que les réflexes plantaire et pharyngien.

Le pouls est toujours très rapide; nous ne l'avons jamais trouvé au-dessous de 128 pulsations par minute, et dans les moments de crises dont nous parlerons tout à l'heure, il arrive à 168. Le cœur ne paraît pas augmenté de volume. Ses battements sont éclatants. On constate un bruit de souffle extra-cardiaque dont le maximum se trouve dans le quatrième espace à gauche du sternum. Les pulsations carotidiennes ne sont pas exagérées. Les veines jugulaires ne sont pas dilatées.

Le corps thyroïde n'est pas notablement augmenté de volume. On ne perçoit pas, à son niveau, de souffle rythmé par le cœur.

Les urines sont très abondantes. Leur quantité varie de 3,000 à 3,250 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Elles sont claires, limpides et ne contiennent ni sucre ni albumine.

[1] Pour la description de ces phénomènes, voyez t. I, Xe Leçon, note de la page 118.

La température du corps est normale. Le thermomètre placé dans l'aisselle ne s'est jamais élevé au-dessus de 37°4.

Pour compléter le tableau des symptômes présentés par le malade, il faut dire quelques mots des crises de suffocation qui se montrent presque tous les soirs, entre quatre et six heures. Ces crises débutent par des sensations de fourmillement et de picotement dans les membres inférieurs. Puis la céphalalgie augmente, le tremblement s'exagère, le cœur se met à battre précipitamment et avec une violence excessive, les yeux deviennent plus saillants; le malade est alors en proie à une angoisse indescriptible. Cela dure quelques heures, puis, la morphine aidant, le calme revient petit à petit. Le sommeil qui suit ces crises est lourd, interrompu fréquemment par des rêves terrifiants dans lesquels Ai... se figure tomber dans des trous profonds, ou croit se quereller avec des personnes qu'il a connues autrefois et qu'il suppose lui vouloir du mal.

Ajoutons, pour terminer, qu'il n'a jamais eu d'attaques convulsives d'aucune espèce.

Il n'est pas difficile de reconnaître, au milieu des phénomènes morbides présentés par le malade que vous venez de voir, des symptômes appartenant d'ordinaire à trois névroses distinctes : l'hystérie, la neurasthénie et la maladie de Graves. L'hystérie se révèle par l'anesthésie générale de la peau et des muqueuses, par la paralysie de la conscience musculaire, par la diathèse de contracture, par la polyopie monoculaire, la dyschromatopsie, le rétrécissement concentrique des champs visuels, etc.; la neurasthénie, par le casque céphalalgique, par le tremblement et surtout par l'état mental; la maladie de Graves, par la tachycardie, l'exorbitisme, la polyurie et les accès angoissants de palpitations.

L'association de l'hystérie et de la neurasthénie est fréquente, mais l'adjonction des symptômes du goître exophtalmique à ceux des deux névroses précédentes paraît être rare. A vrai dire, je ne connais qu'une seule observation présentant avec celle de notre malade de grandes analogies. Publiée en 1887 dans le *Lyon médical* par M. Aubry[1], elle est relative à un homme de trente-deux ans, franchement alcoolique et légèrement morphinomane qui a eu, après une poussée de rhumatisme articulaire aigu, une foule d'accidents névropathiques attribuables en partie à l'hystérie, en partie à la neurasthénie et en partie au goître exophtalmique. Les symptômes hystériques étaient représentés par une analgésie complète de la peau et des muqueuses (sauf les lèvres, les narines, les

[1] Aubry, *Angine de poitrine, goitre, exophtalmique et hystérie chez un homme* (*Lyon médical,* 2 janvier 1887).

conjonctives et une partie de la face palmaire du poignet droit), par un rétrécissement concentrique des champs visuels, par l'abolition du réflexe pharyngien; les symptômes neurasthéniques, par de la céphalée continue, de l'agoraphobie, des rêves terrifiants, de l'irritabilité du caractère, des bourdonnements d'oreilles, etc.; les symptômes de la maladie de Graves, par de l'exophtalmie, de l'augmentation de volume du corps thyroïde, de la polyurie (cinq à six litres d'urines par vingt-quatre heures), de la tachycardie (100 à 140 pulsations par minute) et des crises pseudo-angineuses.

Mais en matière d'observation clinique, on ne voit que ce qu'on a appris à voir, et il ne serait pas impossible que les cas de névroses complexes semblables à ceux dont nous venons de nous occuper fussent, en réalité, beaucoup plus communs que ne tendrait à le faire supposer le petit nombre des exemples publiés jusqu'à ce jour.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

DES HALLUCINATIONS HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. Accusation d'attentat à la pudeur portée par une hystérique contre un élève du service.

II. Description des hallucinations psycho-sensorielles des hystériques. Elles sont ordinairement visuelles, mobiles, unilatérales; elles ont souvent un caractère érotique et restent profondément gravées dans la mémoire.

III. Des illusions psychiques. Auto-suggestions d'origine hallucinatoire.

IV. Importance médico-légale des hallucinations hystériques. Exemples d'erreurs judiciaires déterminées par de fausses allégations d'hystériques hallucinées.

Messieurs,

Il était de mode, il y a quelques années, de charger les hystériques de tous les crimes d'Israël. On les accusait surtout de mensonge et de duplicité. « Un trait commun les caractérise, disait Tardieu : c'est la simulation instinctive, le besoin invétéré et incessant de mentir, sans intérêt, sans objet, uniquement pour mentir. »

Ce jugement, reproduit par la plupart des auteurs classiques, est entaché d'exagération et par conséquent injuste. Il repose sur des observations cliniques incomplètement analysées. En examinant de plus près les pièces du procès, on est conduit à penser que, dans la majorité des cas, les prétendus mensonges des hystériques sont la conséquence d'hallucinations ou de conceptions délirantes dont les caractères se reproduisent avec une uniformité qui exclut toute idée de supercherie volontaire de la part des malades. J'espère pouvoir vous en fournir la preuve à propos d'un cas particulier dont nous allons étudier ensemble les détails.

I

Depuis plusieurs semaines, je reçois chaque matin, à la visite, des plaintes fort graves sur la conduite d'un de vos camarades. M. M..., externe du service, ayant été chargé de prendre l'observation de la nommée Élisa R..., couchée au n° 11 de la salle 7, pour une contracture hystérique des membres inférieurs, s'est acquitté de la mission qui lui était confiée avec un zèle irréprochable. Au début, Élisa paraissait très touchée de l'attention dont elle était l'objet; elle se prêtait avec empressement aux examens cliniques qu'il était utile de pratiquer; elle témoignait à M. M... beaucoup de reconnaissance pour ses bons soins. Plus tard, elle changea complètement d'allures et de sentiments; elle devint maussade et refusa de répondre à celui qu'elle appelait antérieurement son bienfaiteur et son ami. Enfin, depuis près d'un mois, elle accuse formellement M. M... d'attentats à la pudeur. « Toutes les nuits, dit-elle, il pénètre dans la salle par la fenêtre située à gauche de mon lit, il se couche à mon côté, m'embrasse et me fait des déclarations enflammées qui jettent le trouble dans mon esprit. S'il en restait là, je ne me plaindrais pas; mais après m'avoir caressée, il me violente et, sans égards pour mes supplications et pour mon état de faiblesse, il abuse brutalement de moi deux et trois fois de rang. Puis, il me laisse meurtrie de coups et accablée de fatigue, en m'annonçant qu'il recommencera la nuit suivante. »

Je n'ai pas besoin de vous dire que ces allégations sont fausses. Il est matériellement impossible, vous le comprenez bien, qu'un homme pénètre la nuit dans un établissement dont les portes sont toujours surveillées; qu'il s'introduise, sans être vu, dans une salle renfermant trente-cinq malades, et qu'il fasse servir, de gré ou de force, une de ces malades à ses plaisirs, quand le moindre bruit éveillerait infailliblement les voisines et attirerait l'attention des religieuses de garde.

Que signifient donc ces plaintes réitérées d'Élisa? Deux hypothèses seulement sont de nature à les expliquer : ou bien notre malade est une effrontée menteuse qui, pour se rendre intéressante, imagine de toutes pièces un roman érotique; ou bien elle est sincère et se figure avoir été réellement victime des attentats dont elle se plaint.

La seconde supposition me paraît la plus vraisemblable. Les hystériques, en effet, sont très fréquemment le jouet d'hallucinations sensorielles dont le souvenir persistant peut devenir le point de départ de systématisations délirantes très complexes.

Mais avant d'affirmer que les accusations formulées par Élisa R... sont bien la conséquence d'un trouble de l'intelligence, étudions les caractères cliniques habituels des hallucinations hystériques. Nous trouverons facilement les éléments de cette étude dans les autobiographies de quelques hystériques célèbres, dans celles, par exemple, de Madeleine Bavent [1], de Mme de Belciel, en religion sœur Jeanne des Anges [2], de sainte Thérèse [3], et dans les travaux des cliniciens qui se sont occupés de cette intéressante question de pathologie mentale, particulièrement dans ceux de MM. Charcot et Richer [4].

II

Les hallucinations hystériques peuvent frapper tous les sens : la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, etc., mais les hallucinations visuelles sont les plus fréquentes de toutes.

Elles sont représentées par l'apparition subite d'hommes, d'animaux ou d'objets inertes. Ce sont tantôt des fantômes à contours incertains ou des êtres fantastiques, dont les formes étranges ne correspondent à aucune impression antérieurement perçue, qui se montrent aux malades; tantôt, au contraire, ce sont des personnages bien distincts et parfaitement reconnaissables, ou des animaux familiers, tels que des chats, des rats, des corbeaux, des serpents, etc., ou bien des objets inanimés, comme des cercueils, des têtes de morts, etc.

Ces visions reviennent indifféremment le jour ou la nuit. Elles sont habituellement mobiles et se déroulent devant les malades, comme le ferait le tableau d'un kaléidoscope.

[1] *Histoire de Madeleine Bavent, religieuse du monastère de Saint-Louis de Louviers,* par le R. P. Desmarets. Réimpression sur l'édition rarissime de 1652, Rouen, 1878.

[2] *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines de Loudun.* Autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit inédit de la bibliothèque de Tours, annoté et publié par les Drs Gabriel Legué et Gilles de La Tourette. *Bibliothèque diabolique* (collection Bourneville), Paris, 1886.

[3] *Œuvres de sainte Thérèse,* traduites d'après les manuscrits originaux par le P. Marcel Bouix, 2e édit., Paris, 1859. T. I, *Vie de sainte Thérèse,* écrite par elle-même.

[4] Charcot, *Leçon sur les maladies du système nerveux.* — Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie,* 2e édit. Paris, 1885.

Elles sont, de plus, dans la majorité des cas, très fortement objectivées, c'est-à-dire qu'elles paraissent avoir une existence réelle, une matérialité indubitable.

La forme et la nature des hallucinations varient avec les préoccupations habituelles des sujets. Les hystériques d'autrefois avaient des visions en rapport avec les idées religieuses ou les superstitions qui hantaient leur esprit. Madeleine Bavent était importunée par un diable qui la suivait partout « *sous la forme d'un chat ou d'un petit cerf-volant fort noir* ». Sainte Thérèse voyait quelquefois « *une espèce de monstre semblable à un crapaud, d'une grandeur plus qu'ordinaire et beaucoup plus rapide dans sa course* ». Plus souvent, elle apercevait des anges, des chérubins. Jésus-Christ lui apparaissait fréquemment « *dans toute sa sainte humanité, tel qu'on le peint ressuscité, avec une beauté et une majesté ineffables* », ou bien il daignait seulement lui montrer une partie de son corps, ses mains, par exemple, « *dont la beauté était si ravissante qu'il n'y a point de termes pour les peindre*[1]. » Mme de Belciel avait des hallucinations du même genre : elle voyait des animaux fantastiques, des bêtes épouvantables ayant la forme et la grandeur d'un lion, des dragons jetant le feu par la gueule, des monstres affreux avec de longues griffes et des yeux étincelants. Elle était aussi visitée par des saints, des anges et des démons.

Les hystériques de nos jours, moins préoccupées d'idées religieuses, ont, en général, des hallucinations plus réalistes. Une de nos malades voit très souvent des grenouilles qui sautent autour de son lit; une autre est obsédée par la vision de cercueils qui défilent devant elle. Mais la nature des hallucinations n'en est pas moins dominée par les émotions antérieures. Celle de nos malades qui voit des grenouilles sautant autour de son lit, a été fortement effrayée dans sa jeunesse, parce qu'un jour une de ses amies avait trouvé plaisant de placer dans son lit deux grenouilles. Celle qui voit des cercueils est devenue hystérique à la suite de la mort subite d'une personne qui lui était chère.

Chez les hystériques hémianesthésiques, les hallucinations présentent souvent une particularité fort remarquable sur laquelle M. Charcot a le premier attiré l'attention[2] : elles sont unilatérales.

[1] *Œuvres de sainte Thérèse,* édit. cit., t. I, p. 334-335.
[2] Charcot, *Des troubles de la vision chez les hystériques* (*Progrès médical,* 19 janvier 1878).

Les fantômes ou les animaux imaginaires se présentent du côté anesthésié. Ainsi, si l'hémianesthésie siège à droite, c'est à droite de la malade qu'apparaissent les visions; inversement, elles se montrent à gauche si l'hémianesthésie siège du côté gauche. Les images hallucinatoires surgissent habituellement derrière les malades; elles défilent le long du côté anesthésique et s'évanouissent en avant. Les observations recueillies à la Salpêtrière offrent de nombreux exemples de cette curieuse particularité. Les récits des hystériques d'autrefois en font également mention. Sainte Thérèse indique très nettement, dans plusieurs passages de sa biographie, que les diables ou les anges qui lui apparaissaient se plaçaient de préférence à sa gauche. Ce fait est bien spécifié dans l'épisode suivant :

« Je me trouvais un jour, dit la sainte, dans un oratoire, lorsque le démon m'apparut, *à mon côté gauche,* sous une forme affreuse. Pendant qu'il me parlait, je remarquai particulièrement sa bouche : elle était horrible. De son corps sortait une grande flamme claire et sans mélange d'ombre. Il me dit, d'une voix effrayante, que je m'étais échappée de ses mains, mais qu'il saurait bien me ressaisir. Ma crainte fut grande; je fis comme je pus le signe de la croix : il disparut, mais il revint aussitôt. Mis en fuite par un nouveau signe de croix, il ne tarda pas à reparaître. Je ne savais que faire; enfin, je jetai de l'eau bénite *du côté où il était* et il ne revint plus [1]. »

Madame de Belciel paraît avoir eu, elle aussi, des hallucinations unilatérales. Elle raconte que son bon ange gardien lui apparut un jour « *au costé droit* » sous la forme d'un jeune homme d'une rare beauté, de dix-huit ans environ, avec une longue chevelure blonde, etc.

Les hallucinations hystériques ont très souvent un caractère érotique. Toute l'histoire des *incubes* et des *succubes,* sur laquelle ont tant disserté les théologiens et les démonologistes des siècles passés, repose sur le récit des illusions génitales des sorcières et des possédées, c'est-à-dire des hystériques de l'époque. On croyait alors « *que les démons se forment un corps aéré avec lequel, bien que cela semble estre chose merveilleuse et quasi impossible, ils peuvent pratiquer des actes de Vénus* [2] », et on interprétait dans ce sens les confessions d'une foule de malheureux

[1] *Œuvres de sainte Thérèse,* édit. cit., t. I, p. 381.

[2] Pierre de Lancre, *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons,* etc. Paris, 1612, p. 214.

hallucinés que leurs déclarations conduisaient trop souvent au bûcher. Bodin en rapporte de nombreux exemples[1] :

Une sorcière, nommée Jeanne Hervillier, condamnée à être brûlée vive par arrêt du Parlement, avoua que lorsqu'elle eut atteint l'âge de douze ans sa mère la présenta au diable, lequel «*coucha avec elle charnellement en la même sorte et manière que font les hommes avec les femmes, hormis que la semence estoit froide*». Depuis cette époque il continua à avoir des rapports avec elle, tous les huit ou quinze jours, même lorsqu'elle était couchée près de son mari.

Une jeune religieuse du monastère de Nazareth, âgée de quatorze ans, raconta à ses compagnes «*que Sathan, toutes les nuicts, venoit coucher avecques elle*».

Une sorcière de Laon, qui fut condamnée «*à estre estranglée puis bruslée..., confessa que Sathan, qu'elle appeloit son compagnon, avoit sa compagnie ordinairement et qu'elle sentoit la semence froide*».

Les hommes avaient quelquefois des hallucinations analogues. Pic de La Mirandole rapporte que deux prêtres sorciers furent brûlés vifs pour avoir eu, pendant fort longtemps, commerce avec des démons déguisés en femmes qui les accompagnaient partout sans que personne les aperçût.

Ce n'était pas là, d'ailleurs, un crime rare, exceptionnel. Jacques Sprenger et Paul Grillard, qui ont «*fait le procès à une infinité de sorcières*», le premier en Allemagne, le second en Italie, déclarent que presque toutes avaient «*copulation charnelle avec le diable*», et Bodin a bien soin d'ajouter que «*telles copulations ne sont ni illusions ni maladie*»[2].

Les hallucinations érotiques ont joué un rôle important dans la symptomatologie de plusieurs grandes épidémies d'hystéro-démonopathie. Les Ursulines de Loudun croyaient recevoir, la nuit, la visite d'Urbain Grandier. Madame de Belciel, leur supérieure, était tourmentée par le démon de la luxure. Ce maudit diable prenait toutes sortes de moyens pour la pousser au péché d'impureté. Il se déguisait en chien, en lion, en bouc, en homme; il se montrait dans les postures les plus indécentes et se livrait à des actes impudiques d'une révoltante lubricité.

De même, dans l'épidémie connue sous le nom de *possession des*

[1] Bodin, *De la démonomanie des sorciers*. Paris, 1587, p. 116.
[2] Bodin, *op. cit.*, p. 118, 119 et 120.

nonnains, qui sévit en Allemagne vers le milieu du xvie siècle, le diable se promenait « *en guise de chien ou de chat* » dans le couvent « *et, se cachant sous la robe des nonnains, y faisait des tours honteux et sales* [1] ».

Madeleine Bavent raconte des faits semblables. Au sabbat, où elle croyait aller quelquefois, elle fut victime de la lubricité des religieux qu'elle y rencontrait et du démon lui-même. Le diable, qui la poursuivait sous la forme d'un chat, se permettait des privautés coupables. « *Il m'est arrivé,* dit-elle, *par deux fois, d'avoir rencontré, entrant dans ma cellule, ce maudit chat sur mon lit, en une posture la plus lascive qui se puisse dire, et portant tout le semblable des hommes. Il m'effraya et je pensai à m'échapper; mais en un moment il saute vers moi, m'abat violemment sur le lit et jouit de moi par force, en me faisant sentir des tourments étranges*[2]. »

Remarquez bien, Messieurs, ce dernier membre de phrase : *en me faisant sentir des tourments étranges.* Il a, dans l'espèce, une réelle importance. Il est fort rare, en effet, que les hallucinations érotiques des hystériques soient accompagnées de sensations voluptueuses agréables. Dans la majorité des cas, l'illusion du rapprochement sexuel provoque même des douleurs aiguës. Les sorcières d'autrefois affirmaient presque toutes que lorsque le diable avait des rapports avec elles, elles souffraient beaucoup. Elles disaient que son membre était long, rude, pointu, couvert d'écailles qui se relevaient en sortant et déchiraient le vagin.

Du reste, toutes les hallucinations hystériques sont susceptibles de s'accompagner de phénomènes douloureux, intenses et persistants. Une de nos malades reçoit de temps en temps la visite imaginaire d'une vieille femme qui la touche en différents points du corps et sur tous les points qu'elle a touchés il se développe des zones hyperalgésiques qui persistent pendant plusieurs jours.

L'hallucination suivante, dont on trouve le récit dans la vie de sainte Thérèse, est, à ce point de vue, très intéressante :

« Voici, dit la sainte, une vision dont le Seigneur daigna me favoriser à diverses reprises. J'apercevais près de moi, du côté gauche, un ange sous une forme corporelle... Il n'était point grand, mais petit et très beau; à son visage enflammé on reconnaissait un de ces esprits d'une très haute hiérarchie qui ne sont, ce semble, que flamme et amour... Je voyais dans

[1] Goulard, cité par Calmeil, t. I, p. 268, et par Richer, p. 806.
[2] Madeleine Bavent, *op. cit.*, p. 61.

les mains de cet ange un long dard qui était d'or et dont la pointe en fer avait à l'extrémité un peu de feu. De temps en temps, il le plongeait au travers de mon cœur et l'enfonçait jusqu'aux entrailles; en le retirant, il semblait me les emporter avec ce dard et me laissait toute embrasée d'amour de Dieu. La douleur de cette blessure était si vive qu'elle m'arrachait ces faibles soupirs dont je parlais naguère; mais cet indicible martyre me faisait goûter en même temps les plus suaves délices; aussi je ne pouvais ni en désirer la fin ni trouver le bonheur hors de mon Dieu...[1] .»

Qu'elles aient ou non un caractère érotique, les hallucinations hystériques laissent dans la mémoire des malades une trace profonde et pour ainsi dire ineffaçable. Sainte Thérèse insiste à plusieurs reprises sur la vivacité du souvenir de ses visions. Un jour le divin Maître lui apparut avec un visage très sévère : « *Son image,* dit-elle, *se grava si profondément dans mon esprit qu'après plus de vingt-six ans je le vois encore peint devant mes yeux.* » Dans un autre passage, elle raconte qu'elle fut un jour transportée corps et âme dans l'enfer, et elle ajoute : « *Cela dura très peu, mais quand je vivrais encore plusieurs années il me serait impossible d'en perdre le souvenir... Il s'est écoulé à peu près six ans depuis cette vision, et je suis encore saisie d'un tel effroi en l'écrivant que mon sang se glace dans mes veines*[2]. »

C'est sans doute à cause de cette vivacité et de cette persistance du souvenir de leurs hallucinations que les hystériques deviennent si facilement accusatrices. Les sorcières racontaient, sans pudeur et sans réticences, aux magistrats qui les interrogeaient, les orgies abominables auxquelles elles croyaient avoir pris part au sabbat. Elles désignaient, sans hésitation, les personnes qu'elles y avaient rencontrées. Elles faisaient, sans rougir et sans se soucier des conséquences, les aveux les plus compromettants. Des fillettes à peine pubères s'accusaient et accusaient les autres de crimes épouvantables. Exemples :

Marie de Marigrane, âgée de quinze ans, demeurant à Biarritz, dépose « *qu'elle a vu souvent le diable s'accoupler avec une infinité de femmes qu'elle nomme par nom et surnom, et que sa coutume est de cognoistre les belles par devant et les laides tout au rebours* ».

Jeannette d'Abadie, âgée de seize ans, dit « *qu'elle a vu hommes*

[1] *Œuvres de sainte Thérèse,* édit. cit., t. I, p. 360.
[2] *Id., ibid.,* p. 71, 401 et 403.

et femmes se mesler promiscuement au sabbat, que le diable leur commandoit de s'accoupler et se joindre, leur baillant à chacun tout ce que la nature abhorre le plus, savoir la fille au père, le fils à la mère, la sœur au frère, la filleule au parrain, la pénitente à son confesseur, sans distinction d'âge, ni de qualité, ni de parenté, de sorte qu'elle confessoit avoir été connue une infinité de fois au sabbat par un cousin germain de sa mère et par une infinité d'autres »[1].

Les dépositions analogues abondent dans les documents relatifs à la sorcellerie. Les magistrats étaient stupéfaits de l'insouciance avec laquelle des prévenus, menacés d'une mort horrible, compromettaient leur cause par la franchise de leurs aveux et dénonçaient leurs prétendus complices. « *Souvent,* dit Bodin, *les juges se trouvent empeschés sur les confessions des sorcières et font difficulté d'y asseoir jugement veu les choses estranges qu'elles confessent, parce que les uns cuident que ce soyent fables de ce qu'elles disent... les autres craingnent que telles personnes désespérées ne cherchent qu'à mourir.* » Mais tout bien considéré, il conclut que « *la confession volontaire des prévenus doit estre tenue pour certaine et indubitable preuve de l'exécrable crime de sorcellerie* »[2].

En résumé, Messieurs, les hallucinations hystériques présentent des caractères cliniques bien définis. Elles sont habituellement visuelles, mobiles, fortement objectivées; elles ont souvent un caractère érotique; elles s'accompagnent, dans un bon nombre de cas, de phénomènes douloureux persistants; leur souvenir reste ineffaçablement gravé dans la mémoire des malades qui en sont atteints.

Si vous voulez bien vous rappeler maintenant les détails des accusations portées par Élisa R... contre votre camarade M. M..., vous ne tarderez pas à vous convaincre qu'ils concordent parfaitement avec ce que nous savons de la symptomatologie ordinaire des hallucinations hystériques. Et comme cette concordance ne peut pas être l'effet du hasard, j'en conclus que ces accusations, quoique matériellement fausses, ne sont pas mensongères, c'est à dire que la personne qui les formule n'est pas une coquine cherchant volontairement et sciemment à nous induire en erreur et à compromettre un innocent. Élisa R... est certainement une

[1] Pierre de Lancre, *op. cit.,* p. 217 et 223.
[2] Bodin, *op. cit.,* p. 201, 206 et 207.

malade en proie à des illusions psycho-sensorielles; c'est une hystérique hallucinée; elle croit fermement être victime des attentats dont elle se plaint; elle ne ment pas, elle n'exagère même pas : elle est absolument sincère.

III

Je ne voudrais pas vous laisser croire que l'hallucination sensorielle dont nous venons d'étudier les caractères les plus saillants soit l'unique cause des fausses imputations et des conceptions délirantes des hystériques. Sainte Thérèse, dont je me plais à citer ici les opinions parce que c'était une femme d'une intelligence tout à fait remarquable, avait trois espèces de visions bien distinctes : 1° celles des yeux du corps, dans lesquelles les objets ou les êtres imaginaires se présentaient à elle avec des formes et des contours nettement définis, comme s'ils avaient eu une existence réelle et matérielle; 2° celles des yeux intérieurs de l'âme, dans lesquelles les formes hallucinatoires, moins fortement objectivées, avaient la valeur des images qui servent aux représentations mentales; 3° enfin, celles de l'âme elle-même, dans lesquelles le processus était purement psychique. Voici un exemple de ces dernières :

« Le jour de la fête du glorieux saint Pierre, étant en oraison, je vis, ou pour mieux dire, car je ne vis rien ni des yeux du corps ni de ceux de l'âme, je sentis près de moi Notre Seigneur Jésus-Christ et je voyais que c'était lui qui me parlait... Il me semblait qu'il marchait toujours à côté de moi; néanmoins, comme ce n'était pas une vision imaginaire, je ne voyais pas sous quelle forme. Je connaissais seulement d'une manière fort claire qu'il était toujours à mon côté droit, qu'il voyait tout ce que je faisais, et, pour peu que je me recueillisse ou que je ne fusse pas extrêmement distraite, je ne pouvais ignorer qu'il était près de moi [1]. »

J'ai tenu à vous citer cette analyse très subtile des hallucinations de sainte Thérèse, pour appeler votre attention sur la multiplicité des mécanismes psychologiques qui peuvent donner naissance aux conceptions délirantes des hystériques. On retrouve d'ailleurs dans la pathologie mentale des phénomènes identiques. Certains aliénés perçoivent des voix *extérieures* dont ils distinguent nettement le timbre, le volume, etc.; d'autres entendent des voix *intérieures*

[1] *Œuvres de sainte Thérèse,* édit. cit., t. I, p. 320.

partant du creux de la tête et n'ayant pas l'objectivation puissante des premières; d'autres enfin s'imaginent qu'on leur parle, mais ils ne perçoivent cependant aucun son articulé, ils n'entendent aucune voix intérieure ou extérieure; c'est une sorte de communication de pensées sans intermédiaire de paroles. Il importe de bien connaître ces diverses formes de l'hallucination et de savoir que toutes se produisent quelquefois sous l'influence de l'hystérie.

Il faut savoir aussi que, dans certains cas, les hallucinations hystériques peuvent être la cause d'auto-suggestions à effets persistants. Sainte Thérèse en rapporte un exemple tout à fait remarquable:

« Un jour, dit-elle, que je tenais à la main la croix de mon rosaire, Notre Seigneur me la prit. Quand il me la rendit, elle était formée de quatre grandes pierres, incomparablement plus précieuses que des diamants. Que dis-je? les plus beaux diamants du monde semblent faux et sans lustre auprès de l'éclat surnaturel dont brillaient les magnifiques pierres de cette croix. Les cinq plaies de Notre Seigneur s'y trouvaient admirablement gravées. Ce divin Maître me dit que je la verrai ainsi désormais. Sa promesse s'est fidèlement accomplie; à partir de ce jour je n'ai plus discerné dans cette croix le bois dont elle était faite; les resplendissantes pierres qui la composent frappent seules ma vue, mais nul autre que moi ne jouit de cette faveur [1]. »

L'hallucination peut même avoir un effet curatif. Mme de Belciel souffrait depuis plusieurs jours d'un violent mal de côté que le médecin Fanton avait inutilement traité par des saignées répétées et par divers remèdes. Son état paraissait désespéré; mais alors qu'on croyait qu'elle allait mourir, elle reçut la visite de saint Joseph « *en forme et figure d'homme, plus resplendissant que le soleil, avec une grande chevelure* » et une « *barbe à poil de chastain* », « *avec une majesté bien plus que humaine, il appliqua sa main* », raconte la miraculée, « *sur mon costé droit où avoit toujours esté ma grande douleur; il me semble qu'il me fit une onction sur cette partie, après quoy je sentis revenir mes sens extérieurs et me trouvay entièrement guérie. Je dis au père et aux religieuses qui estoient dans ma chambre: Je n'ay plus de mal, je suis guérie par la grâce de Dieu. Je demanday mes habits et me levay à l'instant de mon lit, et j'allay, devant le Saint Sacrement, rendre grâces à Dieu de ma guérison,* etc. [2]. »

[1] *Œuvres de sainte Thérèse,* édit. cit., t. I, p. 355.
[2] *Sœur Jeanne des Anges, op. cit.,* p. 190 à 199.

IV

Je ne veux pas abandonner l'étude des hallucinations hystériques sans vous dire quelques mots de leur importance en médecine légale.

Il se pourrait fort bien qu'un jour ou l'autre notre malade Élisa R... se décidât à porter plainte au parquet et à dénoncer formellement M. M... Qu'arriverait-il alors? Je veux bien croire que, dans le cas actuel, l'enquête serait vite terminée et que, pour zélé que fût le magistrat chargé de l'instruction, il ne tarderait pas à rendre une ordonnance de non-lieu. Mais, en pareille matière, il ne faut jurer de rien. Il y a, dans les annales judiciaires, plusieurs exemples d'accusations aussi invraisemblables suivies de procès retentissants. Oui, maintes fois, sur le simple témoignage d'hystériques hallucinées, des innocents ont été traînés devant les tribunaux, jugés comme des malfaiteurs, flétris par des arrêts les condamnant à des peines infamantes. Vous trouverez plusieurs faits de ce genre dans le livre de Legrand du Saulle sur les hystériques [1]. Je vous en rappellerai deux seulement :

En 1873, une jeune fille de dix-huit ans écrit au procureur général pour se plaindre de viols commis sur sa personne par un ecclésiastique. Elle donne des détails minutieux sur les circonstances dans lesquelles aurait eu lieu l'attentat. Le parquet instruit l'affaire, qui aboutit à un procès en assises; mais les médecins experts ayant constaté que la plaignante était encore vierge, et d'autre part, l'impossibilité matérielle des faits articulés étant surabondamment démontrée, le ministère public finit par abandonner l'accusation.

Le second fait a eu des conséquences beaucoup plus graves :

En 1834, un jeune officier de l'École de cavalerie de Saumur, âgé de trente ans, appartenant à une très honorable famille, ayant lui-même de bons antécédents, Émile-Clément de La Roncière, fut accusé par la fille du commandant en chef de l'École, Marie de Morell, de tentative de viol et d'assassinat. Une nuit, vers deux heures du matin, la gouvernante de Mlle de Morell, ayant entendu des plaintes dans la chambre de sa maîtresse, voulut voir ce qui s'y passait. Elle entra et trouva la jeune fille étendue sur le carreau, la che-

[1] Legrand du Saulle, *Les hystériques*. Paris, 1883.

mise tachée de sang, un mouchoir serré autour du cou et une corde autour de la taille. Mlle de Morell lui raconta alors que le lieutenant de La Roncière avait pénétré dans sa chambre par la fenêtre, en brisant un carreau, le visage caché par un morceau d'étoffe; qu'il l'avait terrassée et qu'après avoir inutilement tenté de la violer, il l'avait frappée de coups de couteau dans les parties les plus secrètes. Personne ne vit les blessures dont elle se disait atteinte, et ces blessures ne devaient pas être bien profondes, car deux jours après elle dansait dans un bal. Néanmoins, sa famille s'émut, le parquet fut saisi, l'instance criminelle s'engagea en 1835 devant la cour d'assises, et malgré une admirable plaidoirie de Me Chaix d'Est-Ange, dans laquelle l'illustre avocat s'efforça de démontrer que l'attentat incriminé n'avait jamais existé que dans l'imagination de Mlle de Morell, le lieutenant de La Roncière fut condamné à dix ans de réclusion. Il subit sa peine en entier à Clairvaux et fut réhabilité en 1849, sur un rapport favorable d'Odilon Barrot, qui avait été cependant l'avocat de la partie civile.

On peut être certain aujourd'hui que la condamnation du lieutenant de La Roncière a été le résultat d'une erreur judiciaire. Mlle de Morell était une hystérique invétérée, sujette à des attaques convulsives, à des accès de somnambulisme et à des hallucinations psycho-sensorielles. Or, les hallucinations dans lesquelles les malades se figurent avoir été violentées et frappées par des êtres imaginaires ne sont pas très rares chez les hystériques. Mme de Belciel a souvent été battue et meurtrie par les animaux ou les personnages qu'elle croyait voir. Une fois, raconte-t-elle, le diable «*prit la figure d'un grand dragon, jetant le feu par la gueule. Il avait les narines et les yeux étincelants comme des chandelles, et, pressant sa course à perdre haleine, se vint jeter sur moi. Il me battit avec beaucoup d'outrage, il me traîna contre terre et il me dit beaucoup d'injures*[1]. »

Une autre fois : «*L'esprit malin s'est présenté à moi sous la forme de mon bon ange. Il m'a dit des paroles d'applaudissement et a voulu me donner des assurances du pardon de mes fautes et de l'amour de Notre Seigneur pour moi. Ce qu'il me dit mit mon âme dans l'inquiétude. Cela me porta à croire que c'était mon ennemi et non mon ange. Je méprisai cet esprit. Il changea sa beauté qui me paraissait en une difformité épouvantable, il se rua sur moi avec beaucoup de vio-*

[1] *Sœur Jeanne des Anges, op. cit.*, p. 129-130.

lence, et après m'avoir donné plusieurs coups, il se retira, rampant comme un serpent sur la terre et hurlant comme un chien... Peu de temps après, je me suis trouvée fort entreprise par les démons. Ils m'ont attaquée par des spectres, par des frayeurs, par des paroles injurieuses. Ils ont rempli mon imagination des représentations les plus horribles, avec de certains effets dans le corps qui seraient capables de me faire mourir. Ils m'ont beaucoup battue[1]. »

Dans une autre circonstance : « *Je vis proche de moi la forme de deux hommes extrêmement horribles et je sentis une grande puanteur. Ils tenaient chacun en leurs mains des verges; ils me saisirent par le bras avec beaucoup de furie; ils me dépouillèrent et m'attachèrent à la quenouille de notre lit; ils me fouettèrent environ une demi-heure ou plus. Mon bon ange parut; il les renversa par terre; ils hurlèrent comme des chiens; il les contraignit de s'enfuir. Ils me laissèrent le corps tout déchiré,* etc.[2]. »

Tout cela ressemble beaucoup au prétendu attentat qui a motivé la condamnation du lieutenant de La Roncière. Le point de départ est le même : une hallucination hystérique. Les détails varient, mais le fond est identique. Il importe de connaître ces faits et d'en tenir compte dans l'appréciation médico-légale de toutes les affaires dans lesquelles l'accusation repose uniquement sur le témoignage d'une hystérique. Il ne faut pas s'obstiner alors à trouver un coupable dans l'accusé ou une menteuse dans l'accusatrice. Il faut se placer tout d'abord dans l'hypothèse la plus vraisemblable et se rappeler que, dans la grande majorité des cas, les hystériques qui dénoncent des innocents, racontent des aventures invraisemblables ou se posent en victimes d'outrages irréalisés, sont sincères dans leur déposition, que ce sont des malades hallucinées et non pas de vulgaires simulatrices.

[1] *Sœur Jeanne des Anges, op. cit.,* p. 297, 299.
[2] *Id., ibid.,* p. 272 et suiv.

QUARANTIÈME LEÇON

DU SUICIDE DES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. Opinions des auteurs sur le suicide des hystériques.

II. Récits de quelques tentatives de suicide faites par dix malades du service.

III. Le suicide des hystériques est le résultat de déterminations soudaines, irréfléchies. Il n'est pas prémédité et longuement préparé à l'avance. C'est pourquoi il aboutit rarement à la mort.

IV. La simulation volontaire est plus rare, chez les hystériques, qu'on ne l'a prétendu.

· Messieurs,

Un événement tragique s'est produit tout dernièrement à l'hôpital : une jeune femme de vingt-trois ans s'est pendue. C'était une hystérique morphinomane. Elle était entrée, il y a quelques mois, dans notre service, mais n'y était restée que quatre ou cinq jours parce que j'avais absolument refusé de laisser à sa libre disposition une seringue de Pravaz et une solution de morphine. Ramenée à l'hôpital quelques semaines plus tard, elle avait été placée dans un autre service. Un beau jour, elle se précipita d'une fenêtre du deuxième étage dans une cour pavée et ne réussit qu'à se fracturer la cuisse. On pouvait espérer qu'elle ne ferait pas de nouvelles tentatives de suicide. Mais tout récemment elle s'est pendue sans bruit, sans éclat; on l'a trouvée morte un matin dans son lit.

L'occasion me paraît favorable pour vous parler du suicide des hystériques, et je la saisis avec d'autant plus d'empressement que je voudrais vous mettre en garde contre certains jugements erronés qui se trouvent reproduits dans des ouvrages classiques que vous avez certainement entre les mains.

I

Beaucoup d'auteurs considèrent les tentatives de suicide que font très souvent les hystériques comme des comédies sans portée. A côté des gens qui se donnent la mort pour obéir à un sentiment d'honneur, à un préjugé, à une erreur des sens ou à une passion délirante, il existe, dit M. Taguet, « une catégorie de malades chez qui le suicide n'est qu'une fantaisie, une mise en scène n'ayant d'autre but que celui de fixer l'attention publique, de faire du bruit, d'affliger leurs parents, leurs amis, pour vaincre les résistances qu'on oppose à leurs désirs, un besoin de faire le mal, dût-il entraîner après lui la ruine et le déshonneur; nous avons nommé les aliénées hystériques... Ces malades ont bien soin d'être aperçues pour qu'on vienne à leur secours ou bien elles s'arrangent de manière à ne pas se nuire... L'hystérique ment dans la mort comme elle ment dans toutes les circonstances de sa vie; elle est dans son rôle [1]. »

Legrand du Saulle paraît partager à peu près l'avis de M. Taguet. Il affirme que la réalisation complète du suicide est rare chez les hystériques et qu'en général ces malades « se bornent à de nombreuses tentatives accomplies dans des conditions telles qu'elles ne peuvent aboutir » [2].

D'après M. Huchard, le besoin de simuler, d'attirer l'attention sur leurs actes, d'étaler une certaine mise en scène, le désir de faire parler d'elles et d'afficher des poses théâtrales, sont tellement irrésistibles qu'ils poussent certaines hystériques à se mutiler et même à jouer la comédie du suicide. L'hystérique, dit-il, ne fait pas ses préparatifs en silence, loin de tout regard indiscret comme les malheureux atteints de spleen ou de mélancolie; elle ne se donne pas la mort par un entraînement soudain et irréfléchi comme le maniaque ou l'alcoolique : « Elle déclare, souvent bien des jours et des mois à l'avance, qu'elle est lasse de la vie; elle annonce *urbi et orbi* qu'elle veut se tuer, et tout en cherchant avec un certain art à déjouer la surveillance de son entourage, elle ne manquera pas de laisser percer son dessein par certaines paroles ou certains sous-entendus assez adroitement imaginés; elle

[1] Taguet, *Du suicide dans l'hystérie* (*Annales médico-psychologiques*, mai 1877).
[2] Legrand du Saulle, *Les hystériques*. Paris, 1883, p. 360.

aura bien soin d'être vue au milieu de ses préparatifs et s'arrangera toujours de manière à recevoir un prompt secours au moment opportun[1]. »

Sur quoi sont basées ces affirmations? Sur quelques faits exceptionnels et complexes se rapportant autant à l'histoire de l'aliénation mentale qu'à celle de l'hystérie. M. Taguet, par exemple, rapporte trois observations recueillies dans des asiles d'aliénées et relatives à des malades qui étaient peut-être hystériques, mais qui avaient certainement autre chose que de l'hystérie pure puisque, sur les certificats d'entrée de ces malades, il est constaté que l'une était atteinte «de folie instinctive avec désordres impulsifs», l'autre de «manie aiguë avec hallucination de l'ouïe et de la vue et trouble de la sensibilité générale», la troisième «d'une intoxication chronique par le chloroforme et l'éther avec affaiblissement consécutif». Il est de toute évidence que si on établit l'histoire de l'hystérie sur de pareilles observations, on y fera entrer toute la pathologie mentale et bien d'autres choses encore.

Legrand du Saulle rapporte, au milieu de faits aussi contestables que ceux invoqués par M. Taguet, un certain nombre de cas bien authentiques de suicides hystériques. Mais les détails de ces cas ne concordent guère avec les conclusions qu'en tire l'auteur. On y trouve, en effet, plusieurs exemples de suicides dûment réalisés jusqu'à ce que mort s'ensuive. Deux malades se pendent; une troisième s'empoisonne avec de l'arsenic; une autre s'asphyxie avec ses deux sœurs; une se précipite d'un troisième étage et en meurt le lendemain; une se noie. Celles-là au moins ne s'étaient pas mises dans des conditions telles que leurs tentatives ne pussent aboutir.

M. Huchard raconte, à l'appui de son opinion, l'histoire d'une malade de la Salpêtrière qui eut l'idée, sans trop savoir pourquoi, de se précipiter du haut du puits de Grenelle et qu'on put heureusement retenir avant la réalisation de son projet. Cette malade fit d'autres tentatives de suicide qui n'aboutirent pas. Je ne vois là rien qui permette de déclarer que, *d'une façon générale,* le suicide des hystériques est une comédie, une simulation voulue et habilement préparée.

M. Auguste Ritti[2] paraît être beaucoup plus près de la vérité

[1] Huchard, *Traité des névroses*. Paris, 1883, p. 961.
[2] Article *Suicide* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences méd.,* t. XCII, p. 313.

quand il dit que les tentatives de suicide qui sont très fréquentes chez les hystériques, ont lieu, le plus souvent, sous l'influence d'une contrariété de peu de portée et qu'elles présentent un caractère de soudaineté et d'instantanéité très caractéristiques. Voyons d'ailleurs ce que nous enseigne sur ce point l'observation directe des faits cliniques.

II

Sur les cent malades dont nous avons recueilli les observations dans ces dernières années, onze ont fait des tentatives de suicide. Parmi ces onze malades on compte dix femmes et un homme. L'homme était un hystéro-neurasthénique complexe dont il n'y a pas à tenir compte si l'on veut ne considérer que les cas d'hystérie pure. Les femmes ont tenté de se donner la mort pour les motifs et de la façon que je vais vous dire :

Observation I. — Marie Ch., âgée de vingt et un ans, sujette depuis son enfance à des accidents névropathiques variés et, depuis l'âge de dix-huit ans, à des attaques hystériques, avale, après une querelle avec son mari, le contenu d'un flacon de laudanum qu'elle s'était procuré quelques jours auparavant pour panser une dent douloureuse. L'idée du suicide lui est venue tout à coup, après la querelle.

Obs. II. — Mathilde L..., âgée de vingt-trois ans et franchement hystérique depuis l'âge de dix-neuf ans, a avalé dans des circonstances identiques un petit flacon de laudanum.

Obs. III. — Élisabeth M..., âgée de vingt-trois ans, retenue au lit pendant de longs mois par des contractures hystériques et désespérée de se voir, par suite de son état maladif, incapable de subvenir à ses besoins, a été prise d'une profonde tristesse et, n'ayant rien de plus actif à sa disposition, elle a bu une tasse d'eau chaude dans laquelle elle avait fait macérer une quarantaine d'allumettes chimiques. Elle en a été quitte pour quelques coliques.

Obs. IV. — Jeanne M..., ayant fait une scène ridicule à son amant, celui-ci la quitta très en colère, jurant qu'il ne reviendrait jamais plus. Le soir même, Jeanne, repentante et désolée, avala une dizaine de grammes de chloroforme qu'elle avait chez elle depuis quelques jours pour panser une dent cariée. Elle eut des douleurs épigastriques assez vives, mais pas d'accidents sérieux.

Obs. V. — Mathilde Lor... a fait six tentatives de suicide. Mariée à dix-huit ans, elle avait épousé un homme violent, ivrogne et libertin.

Après des scènes de ménage d'une violence extrême, elle résolut de se donner la mort. Une fois, elle alla se jeter à l'eau, dans la rivière, et fut sauvée par un douanier. Les autres fois, elle avala des flacons de laudanum qu'elle avait sous la main.

Obs. VI. — Alix S..., trompée par son premier amant avec qui elle vivait depuis cinq ans et n'ayant par ailleurs aucune ressource, décida de se tuer. Elle acheta un litre de pétrole, alla s'asseoir dans un bois où elle s'était souvent promenée en compagnie de son amant, et là, seule avec ses souvenirs, elle avala d'un trait le liquide. Elle eut aussitôt une grande attaque convulsive, puis elle se mit à errer dans les champs, éprouvant une forte sensation de brûlure dans l'estomac et vomissant à tous les carrefours. Des paysans la rencontrèrent dans cet état et, après lui avoir donné quelques soins, la ramenèrent à Bordeaux, où elle resta plusieurs jours fort malade, ne pouvant ni boire ni manger et souffrant beaucoup de l'estomac.

Une autre fois, après des chagrins de famille, elle est allée sur la passerelle et a voulu se jeter à l'eau. Elle a enjambé le parapet, après avoir sorti ses bottines et son tablier, et est restée accrochée à la rampe. On l'avait remarquée, l'œil hagard, parlant seule, l'air sinistre, courant sur la passerelle. On se précipita et on la retint avant la chute.

Une troisième fois, abandonnée par son amant et se trouvant sans ressources, elle avala un flacon de 30 grammes de laudanum. Elle est tombée dans un état de prostration qui a inquiété sa propriétaire. Transportée à l'hôpital une heure après, on lui fit prendre un vomitif et du café. Elle resta plusieurs jours très malade.

En temps ordinaire elle ne pense pas au suicide, mais aussitôt qu'elle a une contrariété un peu violente, elle désire la mort.

Obs. VII. — Berthe M... a essayé trois fois d'attenter à ses jours. A l'âge de quatorze ans, elle se mit en tête d'épouser un garçon à peine plus âgé qu'elle de quelques mois, et, parce que sa mère refusait son consentement elle tenta deux fois dans la même année de s'asphyxier avec du charbon. Puis, elle oublia ses amours précoces et devint la maîtresse d'un homme qu'elle aimait beaucoup. Après une querelle avec lui, elle s'empara de son revolver chargé et chercha à s'en tirer un coup dans l'oreille; mais elle n'avait pas enlevé la baguette de sûreté, et son amant put lui arracher l'arme des mains avant qu'elle eût réalisé son dessein.

Obs. VIII. — Irma Cat..., âgée de vingt et un ans, a fait trois tentatives de suicide. Fille d'un ivrogne invétéré qu'on a dû enfermer à plusieurs reprises à Ville-Évrard pour des accès de delirium tremens, elle était soumise à toutes sortes de mauvais traitements. Un jour (elle avait alors dix-sept ans), son père la jeta à la porte de chez lui. Elle se dirigea vers la Seine, entra dans un débit de tabacs, écrivit au crayon sur un morceau de papier : « Maltraitée par mon père et ne voulant pas me conduire mal, je mets fin à mes jours; je pardonne à mon père, il est fou. » Cela fait,

elle plia le papier, le mit dans sa poche et alla se jeter à l'eau du haut du quai, au voisinage du pont du Châtelet. Elle fut retirée saine et sauve.

L'année suivante, étant chez une de ses tantes, elle apprit qu'on l'accusait d'avoir des relations avec un jeune homme du voisinage. Très froissée de ces propos qui, paraît-il, ne reposaient sur aucun fondement, elle avala un flacon de laudanum. Elle dormit pendant deux jours entiers, mais ne mourut pas.

Enfin, il y a un an, elle se maria avec un homme qui la rendit très malheureuse. Après une querelle violente avec lui, elle se saisit d'un rasoir et se fit au cou une large et profonde blessure dont la cicatrice mesure huit centimètres de longueur.

Obs. IX. — Pauline T... a tenté de se suicider à la suite d'une violente querelle avec son père et sa mère. Elle avait quitté depuis deux ans la maison paternelle pour vivre avec un jeune homme qui l'avait séduite. Elle avait fait avec lui de nombreux voyages. Rentrant à Paris après une longue absence, elle voulut aller embrasser ses parents. Ceux-ci, au lieu de l'accueillir comme l'enfant prodigue, l'accablèrent de reproches et voulurent lui arracher la promesse qu'elle ne retournerait plus avec son amant. Pauline refusa. Son père irrité lui fit entendre qu'il allait la faire interner jusqu'à sa majorité dans un couvent ou dans une maison de correction. Exaspérée par cette menace, Pauline résolut de se donner la mort. Le soir même elle s'enferma dans sa chambre après y avoir furtivement introduit une certaine quantité de charbon. Elle boucha soigneusement l'ouverture de la cheminée avec un drap de lit, ferma aussi hermétiquement que possible les fentes des portes et des fenêtres, écrivit une lettre dans laquelle elle reprochait à ses parents d'avoir causé sa mort, puis elle alluma le charbon disposé en tas devant la cheminée et s'étendit toute habillée sur son lit. Au bout de quelque temps une odeur étrange se répandit dans la maison. On s'aperçut qu'elle provenait de la chambre de la jeune fille; on frappa, on enfonça la porte et on trouva notre malade sans connaissance, presque complètement asphyxiée.

Obs. X. — Marie-Louise F... a fait trois tentatives de suicide dans le cours d'une grossesse extra-conjugale qui lui causa les plus grands tourments.

Élevée par des parents parfaitement honnêtes, elle avait fait, en 1882, la connaissance d'un jeune homme qui l'avait séduite. Au mois de novembre elle s'aperçut qu'elle était enceinte. Sous prétexte d'aller travailler chez une parente, elle alla se cacher à Hendaye, où son amant venait quelquefois lui rendre visite. Il essayait de remonter son courage, mais elle était obsédée par le désespoir et la crainte du déshonneur. Elle résolut d'en finir avec la vie. Un jour qu'elle était seule au logis, elle avala un demi-litre d'absinthe pure. A la suite de cette ingestion, elle fut très malade et, bien qu'on ait pu lui faire prendre assez tôt un vomitif, elle resta pendant deux jours dans un état comateux fort inquiétant.

Quelques semaines plus tard, par une nuit obscure de décembre, elle

alla se promener sur les berges de la Bidassoa et, se croyant seule, elle se précipita dans le fleuve. Un pêcheur se jeta à l'eau et la sauva.

Enfin, en mars 1883, sa grossesse continuant à la préoccuper et à lui inspirer des idées sombres, elle acheta un revolver et des cartouches, écrivit à son amant qu'elle allait accoucher et qu'elle désirait l'avoir auprès d'elle au moment de l'accouchement. En réalité, elle voulait le voir une dernière fois avant de mourir. Il arriva et, après les effusions du premier moment, elle saisit son revolver, le dirigea contre sa poitrine et pressa la détente. Son amant eut juste le temps de se précipiter sur elle et de détourner le coup; elle ne se fit aucun mal et accoucha d'un enfant vivant le 18 avril. Depuis lors elle n'a fait aucune tentative nouvelle pour mettre fin à ses jours.

III

Des faits dont vous venez d'entendre le récit, il ressort bien clairement, ce me semble, que le suicide des hystériques est, en général, le résultat d'une détermination soudaine, irréfléchie, mais que rien n'autorise à le considérer comme une comédie grossière, jouée par des simulatrices pour se rendre intéressantes ou pour alarmer leur entourage.

Si les tentatives de suicide faites par les hystériques n'entraînent pas plus souvent la mort, c'est parce qu'ordinairement elles ne sont pas préméditées. Les mélancoliques qui veulent mourir, choisissent longtemps à l'avance le moment et les moyens favorables à l'exécution de leur projet. L'hystérique ne réfléchit pas. Pour une contrariété futile, pour un chagrin qu'une personne mieux équilibrée supporterait courageusement, elle prend la résolution de se tuer et, aussitôt, elle avale le poison qu'elle trouve sous sa main ou se jette à l'eau. Le lendemain, elle est enchantée d'avoir échappé à la mort; elle rit de sa sottise, quitte à recommencer à la première occasion, avec la même sincérité et la même imprévoyance dans le choix des moyens d'exécution.

Je crois même que les hystériques sont sincères quand elles prennent des résolutions tragiques que le moindre incident leur fait oublier. Une de nos malades, Albertine M..., rudoyée par son amant, achète un revolver et des balles pour le tuer et mourir après lui. Mais, en rentrant, le coupable lui dit quelques paroles aimables qui apaisent sa colère; elle va jeter le revolver dans les latrines et tout se termine par une violente attaque de nerfs. Cela est très humain. A qui n'est-il pas arrivé quelquefois de

prendre, très sincèrement, des résolutions héroïques et de ne pas les tenir?

Une jeune femme de notre service a donné deux fois le spectacle de ces changements subits de résolutions dans les circonstances suivantes :

Marguerite B..., âgée de vingt et un ans, est sujette depuis l'âge de onze ans et demi à des attaques convulsives. La première est survenue à la suite d'une petite contrariété. Elle était réglée et sa maîtresse de pension lui infligea une punition imméritée; elle la mit au pain sec pour le repas suivant. Cela se passait à dix heures du matin. Jusqu'à midi l'enfant rumina sa colère et, arrivée au réfectoire, l'émotion l'étouffa et elle eut une grande attaque de nerfs qui dura quatre heures. Depuis cette époque, elle a eu très fréquemment des attaques du même genre.

D'un caractère acariâtre, irritable, mobile, elle était souvent réprimandée par ses parents, particulièrement par son père.

Un soir d'été que celui-ci l'avait gourmandée un peu plus durement que de coutume (il y a trois ans environ), elle sortit de chez elle, pleurant à chaudes larmes, avec l'intention d'aller se jeter à la rivière. Elle attira dans la rue l'attention des passants par l'éclat de sa douleur; un sergent de ville la suivit et l'arrêta au moment où elle allait franchir le parapet du pont, lui fit entendre raison et la ramena à ses parents. Elle se jeta dans leurs bras en leur demandant pardon.

Deux ans après, elle épousa un brave garçon très intelligent qui l'aimait beaucoup. Elle avait aussi beaucoup d'affection pour lui; mais on ne se refait pas, et quand on a eu un caractère irritable et acariâtre dans sa jeunesse, on a bien des chances de le conserver dans l'âge mûr. C'est ce qui arriva à Marguerite et ce qui causa dans le ménage des querelles violentes allant parfois jusqu'aux coups. Il y a trois mois, son mari causant avec quelques amis, elle voulut se mêler de la conversation; il la pria de se taire, elle continua; il insista, elle répondit par des paroles grossières; alors, impatienté, il lui donna une gifle. Marguerite furieuse sortit aussitôt en criant qu'elle allait se jeter à la rivière. Un sergent de ville la rencontra, lui demanda la cause de son désespoir et lui fit si bien la morale que, quelques instants après, elle rentrait chez son mari et, tombant dans ses bras, lui demandait pardon de sa conduite.

Que faut-il penser des faits de ce genre? A mon avis, ils s'expliquent mieux par la puérilité du caractère que par le désir de jouer sciemment des comédies ridicules ou scélérates, car les hystériques sont de grands enfants qui se déterminent d'après des sentiments fugaces et passent d'un instant à l'autre de la gaieté à la tristesse, de la douceur à la violence, de l'amour à la haine, ou *vice versa*.

IV

D'une manière générale on a, du reste, beaucoup exagéré l'amour des hystériques pour la simulation, et cela parce qu'on a systématiquement attribué à des supercheries les phénomènes qu'on ne comprenait pas.

On a vu des accidents rebelles à des traitements réputés actifs guérir après l'administration de pilules de *mica panis* et on en a conclu que ces accidents étaient simulés, ce qui constitue une faute de raisonnement, car l'imagination est, dans beaucoup de cas, un agent thérapeutique d'une incontestable puissance.

On a vu des hystériques accuser de crimes imaginaires des personnes innocentes, et quand la fausseté de ces accusations a été démontrée, on a déclaré que ces hystériques avaient menti sciemment, sans songer que leurs allégations pouvaient être l'expression très sincère d'une hallucination ou d'une systématisation délirante ayant pour base un phénomène pathologique très réel.

En fait, la simulation est infiniment moins fréquente qu'on ne l'a dit et qu'on ne le répète encore tous les jours. L'accusation de tromperie est le plus souvent le résultat de l'ignorance ou du parti pris d'observateurs inexpérimentés; elle repose sur des erreurs d'interprétation et non pas sur l'analyse rigoureuse des faits. Quand les possédées ou les sorcières du moyen âge affirmaient devant les tribunaux qu'elles avaient été transportées au sabbat sur un manche à balai, qu'elles y avaient eu commerce avec le diable, qu'elles y avaient rencontré telle ou telle personne, etc., il est impossible d'admettre qu'elles imaginaient de toutes pièces, pour le plaisir de se rendre intéressantes ou de compromettre des innocents, une déposition qui devait avoir pour résultat de les faire condamner elles-mêmes au bûcher. Elles disaient, en toute sincérité, ce qu'elles avaient vu et ressenti dans un moment d'hallucination sensorielle.

Ainsi font les hystériques de nos jours: elles racontent ce qu'elles éprouvent sans se préoccuper des conséquences de leur récit. Et ne croyez pas que ces conséquences soient toujours sans inconvénients : je sais un exemple d'amputation de la jambe pratiquée inconsidérément dans un cas de pied-bot hysté-

rique. Brodie[1], Coulson[2] et d'autres auteurs rapportent des faits analogues. Pensez-vous que des simulateurs eussent consenti à subir de pareilles opérations pour se jouer de la crédulité de leurs chirurgiens?

En somme, l'amour effréné des hystériques pour le mensonge est une légende sans fondement sérieux, contre laquelle témoignent à la fois le bon sens et l'observation clinique. Les hystériques ont très souvent le caractère mobile, fantasque, romanesque; elles se laissent entraîner sans réflexion aux impressions du moment; elles ont des tendresses ou des haines peu justifiées; mais elles ne sont pas toutes d'effrontées menteuses, ainsi qu'on voudrait nous le faire croire; et quand je vois leurs prétendues comédies tourner au tragique et aboutir aux dénouements sur lesquels je viens d'appeler votre attention, je repousse le soupçon de supercherie qui me paraît invraisemblable jusqu'à l'absurde. Et pour revenir à notre point de départ, je crois que rien ne prouve que leurs tentatives de suicide soient de simples comédies.

[1] Brodie, *Lectures illustrative of certain local nervous affections*. London, 1837. (Trad. française par le Dr Aigre. Paris, 1880.)

[2] M. Coulson, *Hysterical affection of the hip-joint* (*London Journal of medicine*, t. III, p. 631).

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON

DU TRAITEMENT GÉNÉRAL DE L'HYSTÉRIE

SOMMAIRE

I. Traitement prophylactique. Hygiène physique et morale convenant aux prédisposés.

II. Traitement curatif. Influence des émotions morales. Indications de l'isolement.

III. Effets de l'hydrothérapie, de l'électrisation statique, de la métallothérapie interne, des cures médicamenteuses, de l'hypnotisation, des opérations chirurgicales.

IV. Question du mariage des hystériques.

Messieurs,

Avant de passer à l'étude des phénomènes relatifs à l'hypnotisme, je désire vous donner quelques indications pratiques sur le traitement général de l'hystérie.

Ce traitement est difficile à établir. Les innombrables moyens préconisés par les auteurs sont infidèles : tous réussissent parfois, aucun ne réussit toujours. De plus, chaque cas particulier soulève des problèmes spéciaux dont on serait fort embarrassé de déterminer la solution, si on n'était guidé par les préceptes généraux que je vais essayer de vous faire connaître.

I

Un premier fait sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que la diathèse hystérique doit être combattue aussitôt que se montrent, chez les enfants, les premiers symptômes de la prédisposition névropathique, c'est-à-dire longtemps avant l'explosion des grands accidents de la névrose confirmée.

Vous vous rappelez que ces symptômes surviennent dans le jeune âge et qu'ils se montrent sous des formes très variées : émotivité excessive, attaques de somnambulisme, terreurs noc-

turnes, crises de hoquets, de vomissements, de sanglots, de toux spasmodique, etc.

On les considérait jadis comme de petits malaises insignifiants. En fait, ils n'ont aucune gravité immédiate. Néanmoins, ils indiquent une susceptibilité anormale du système nerveux. Les enfants qui en sont atteints ne sont pas encore des malades, mais ils sont déjà des prédisposés, des candidats à l'hystérie.

On peut leur épargner bien des misères en combattant, en temps opportun, par une hygiène physique et morale convenablement dirigée, la diathèse latente dont leur organisme porte le germe. D'une manière générale, tout ce qui développe leur corps et fortifie leurs muscles est utile; tout ce qui excite leur sensibilité et exalte leur imagination est nuisible. Il convient dès lors de les élever au grand air; de leur conseiller la gymnastique, l'équitation, l'escrime, la natation; de les habituer aux pratiques hydrothérapiques. Il faut leur éviter les grandes fatigues intellectuelles et les émotions morales violentes. Il est d'usage dans certaines familles d'effrayer les enfants par des contes terrifiants; on leur parle incessamment du loup, de rampono, de croquemitaine, de spectres, de revenants, de sorcières, de diables, etc.; on garnit leur esprit de superstitions grossières. Tout cela est mauvais, nuisible, dangereux; tout cela provoque des états émotifs artificiels on ne peut plus favorables au développement des tendances névropathiques [1].

Les jeunes prédisposés à l'hystérie doivent être, quand c'est possible, élevés loin de leur famille. Leurs parents sont habituellement des névropathes qui ne savent pas diriger avec la fermeté et la pondération convenables l'éducation d'enfants doués d'une sensibilité très vive. Ils sont, presque toujours, ou trop violents ou trop faibles; ils terrorisent les enfants ou ils les gâtent, et dans l'un et l'autre cas ils sont de très mauvais éducateurs.

L'internat, à côté d'inconvénients très réels, a d'incontestables avantages. Il habitue l'esprit au travail régulier, au respect, à l'obéissance, à la discipline; il assouplit le caractère; il est infiniment préférable, pour les fils de névropathes, à la vie de famille.

Telles sont les bases de la prophylaxie de l'hystérie; passons à l'étude du traitement de la névrose confirmée.

[1] Voyez à ce sujet: Charcot, *Spiritisme et hystérie* (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 226); Baratoux, *Les possédées du Piédran* (*Progrès médical*, 1881, p. 550); Mosso, *La peur, étude psycho-physiologique*. Paris, 1886.

II

Les grands ébranlements psychiques sont à la fois des causes provocatrices et des agents curateurs de l'hystérie. Comme la lance d'Achille, ils peuvent guérir les maux qu'ils ont faits. Les cures merveilleuses obtenues à la suite de frayeurs, de contrariétés, de pèlerinages, de pratiques cabalistiques, d'ingestion de pilules d'orviétan, etc., ne se comptent plus. Il serait ridicule de contester leur réalité, et puéril de les expliquer autrement que par une sorte de révulsion morale.

Le traitement de l'hystérie serait singulièrement simplifié si on pouvait manier facilement ces agents de perturbation psychique, les doser et les adapter, selon les convenances, à chaque cas particulier. Malheureusement, il est impossible de connaître *a priori* le genre d'émotion utilement applicable au malade qu'il s'agit de traiter. L'homme est naturellement crédule, mais les formes de sa crédulité varient infiniment. Telle personne, qui sera profondément touchée par les pompes d'une cérémonie religieuse, se moquera des mystères de la sorcellerie ; telle autre, qui se défiera des conseils d'un médecin honnête et expérimenté, accordera une confiance aveugle aux remèdes secrets ou aux solutions homéopathiques.

D'autre part, il est fort délicat de conseiller des pratiques dont l'exploitation est généralement abandonnée aux charlatans de profession. On braverait bien volontiers les critiques si le succès était assuré, mais quand il est incertain — et en matière d'hystérie il l'est toujours, — ce serait folie que de s'exposer pour un résultat aléatoire à de malveillantes interprétations.

Cependant, s'il est indigne d'un homme de science de prendre les allures d'un thaumaturge ou d'un magicien, il ne lui est pas interdit de profiter des données de l'expérience et de faire, dans les limites imposées par les convenances professionnelles, de la *médecine d'imagination*.

L'observation clinique démontre que, pour qu'un hystérique guérisse, il est bon qu'il soit convaincu de sa curabilité et de l'efficacité absolue des moyens employés pour obtenir sa guérison. Avant d'entreprendre un traitement quelconque, le médecin devra donc s'attacher à placer son malade dans les conditions morales les plus favorables à sa cure. Il s'efforcera de gagner sa confiance;

il lui donnera l'assurance formelle que le mal dont il souffre n'a aucune gravité; que les symptômes de ce mal sont vulgaires, banals; qu'ils disparaîtraient sûrement dans un bref délai, alors même qu'on ne les traiterait pas activement, mais qu'ils se dissiperont beaucoup plus tôt si on leur applique un traitement approprié à leur nature.

Cette partie préliminaire et purement morale de la cure a une importance capitale. Sa direction est souvent gênée par l'intervention de parents ou d'amis qui, n'ayant jamais vu d'hystériques, s'émeuvent des moindres incidents de la maladie, en observent les divers épisodes avec une terreur mal déguisée et entretiennent le malade dans l'idée qu'il a une affection extraordinaire, surnaturelle, inaccessible aux agents de la thérapeutique médicale.

C'est alors que l'*isolement* s'impose comme une impérieuse nécessité. D'une façon générale, plus les parents d'un hystérique sont tendres, affectueux, attentifs à prévenir ses désirs et à s'alarmer de ses souffrances, plus il est urgent de soustraire le malade à leur maladroite et inopportune sollicitude et de le placer, s'il est pauvre, dans un hôpital, s'il est riche, dans une maison de santé (je ne dis pas un asile d'aliénés), sous la surveillance de personnes sérieuses, habituées à voir et à soigner des hystériques.

Il n'est pas toujours aisé d'obtenir l'assentiment des intéressés à la réalisation de cette mesure. La résistance vient surtout des parents. Quand vous direz à une mère déjà très inquiète de la santé de sa fille : « Madame, si vous voulez que votre enfant guérisse rapidement, il faut vous séparer d'elle et la confier à des mains étrangères, » cette mère, affolée, vous répondra presque toujours : « Ce que vous me proposez là, Docteur, est impraticable. Ma fille est habituée à mes soins; elle ne m'a jamais quittée; loin de moi, elle va se désespérer et devenir plus malade. » Eh bien! il ne faut pas vous laisser émouvoir par ce raisonnement spécieux. L'observation en démontre la fausseté. Non seulement la séparation ne provoque jamais les désespoirs annoncés, mais elle est presque toujours suivie d'un amendement rapide des symptômes prédominants de la névrose[1].

Le fait seul d'avoir obtenu l'isolement constitue une sorte de victoire morale qui place l'hystérique sous la domination exclusive

[1] Voyez à ce sujet: Charcot, *Maladies du système nerveux*, t. III, leçon XVII[e], p. 235, et *Policlinique du mardi*, t. I, 1887-1888, p. 117 et 205.

du médecin. Celui-ci n'a plus qu'à profiter de ce premier succès, en faisant suivre, avec une rigoureuse exactitude, le traitement qui lui paraît indiqué.

III

Ce traitement comporte deux indications : 1° faire cesser le plus promptement possible les accidents actuels de la névrose; 2° combattre la susceptibilité morbide en vertu de laquelle ces accidents ont pu se produire.

Pour atteindre ce double but, le médecin dispose d'une foule de moyens. Je vous ai déjà indiqué dans le courant des leçons précédentes la plupart de ceux qui doivent être employés contre les accidents hystériques. Vous savez déjà comment il convient de traiter les attaques convulsives, les tremblements, les spasmes rythmiques. Vous avez vu maintes fois les effets surprenants de la faradisation localisée, des applications métalliques, de l'aimantation dans le traitement des anesthésies, des paralysies, des contractures. Vous vous souvenez des cas de vomissements hystériques que nous avons fait disparaître par les pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique et par les lavages de l'estomac. Il me paraît inutile de revenir sur les indications de ces agents thérapeutiques; je préfère vous parler des moyens qui s'adressent à la diathèse hystérique elle-même.

L'*hydrothérapie* est un des plus puissants modificateurs connus du système nerveux. Elle est indiquée dans la majorité des cas d'hystérie confirmée. Il faut l'ordonner de préférence sous la forme de douches froides (14 à 18 degrés) en jet brisé, sur tout le corps. Chaque douche doit durer de 20 à 40 secondes, pas davantage. Elle sera terminée par un jet d'eau chaude sur les pieds, et suivie d'une friction sèche énergique pour assurer la réaction.

Si les douches étaient mal supportées, si elles provoquaient des attaques convulsives ou d'autres accidents, on les remplacerait avec avantage par des bains tièdes (34 degrés) prolongés (45 à 60 minutes), ou par des bains frais (30, 28, 26 degrés) de 5 à 15 minutes de durée.

L'*électrisation statique* a été conseillée dans ces dernières années par des observateurs dignes de toute confiance [1]. M. Charcot

[1] Voyez à ce sujet : Charcot, *De l'emploi de l'électricité statique en médecine* (*Revue de médecine,* 1881, p. 146); Blanc-Fontenille, *Effets de l'électrisation statique sur quelques phénomènes hystériques* (*Progrès médical,* 19 février 1887).

l'emploie couramment à la Salpêtrière. Elle a l'inconvénient d'exiger des appareils coûteux, encombrants et d'un entretien assez délicat.

La *métallothérapie interne* n'a pas donné les brillants résultats qu'en avaient fait espérer les recherches de Burq et les premiers travaux de la Commission de contrôle nommée en 1876 par la Société de biologie. Le principe en est très simple : lorsqu'un hystérique est anesthésique et amyosthénique, on recherche, par voie de tâtonnement, le métal dont l'application réveille la sensibilité et la force musculaire, et quand on l'a trouvé, on administre à l'intérieur un de ses sels, parce que, d'après la théorie, ce métal agirait comme un véritable spécifique contre la névrose dont dépend l'anesthésie que son contact a modifiée.

Ce serait admirable si c'était vrai ; mais l'expérience ne confirme pas les données théoriques, et je dois avouer qu'après en avoir fait très souvent l'essai, j'ai complètement renoncé à la métallothérapie interne.

Les *médicaments* sont fort rarement utiles dans le traitement général de l'hystérie. Le fer, l'arsenic, le quinquina, etc., sont souvent indiqués pour combattre la chloro-anémie concomitante, mais ils ont peu d'action sur la névrose elle-même. Ainsi que l'a dit Georget, l'hystérie est une maladie dans laquelle les calmants calment fort peu et les antispasmodiques font rarement cesser les spasmes. Le seul remède qui ait une influence sédative sérieuse, c'est l'opium et surtout son alcaloïde le plus répandu, la morphine. Il est certain que les injections hypodermiques de morphine apaisent la plupart des accidents hystériques. Mais le remède est souvent pire que le mal. Les hystériques se trouvent si bien de la morphine qu'ils deviennent très fréquemment morphinomanes, et, tout compte fait, il vaut encore mieux souffrir de l'hystérie que mourir lentement empoisonné par une drogue.

Tous les autres sédatifs, si chaleureusement préconisés par certains auteurs : le musc, la valériane, l'assa fœtida, le chloral, les bromures, répondent à quelques indications limitées, mais leur emploi systématique est plus nuisible qu'utile.

L'hypnotisation a été appliquée dans ces dernières années au traitement de l'hystérie. Elle a des défenseurs enthousiastes et des détracteurs systématiques. Les premiers ne voient que ses avantages, les derniers, que ses inconvénients. La vérité, c'est qu'on ne peut pas l'ériger en méthode générale et exclusive. La

thérapeutique suggestive fait quelquefois disparaître, avec une merveilleuse rapidité, certains accidents hystériques : paralysies, contractures, spasmes rythmiques, etc.; mais elle ne guérit pas l'hystérie elle-même.

De plus, elle est souvent inapplicable, car tous les hystériques ne sont pas hypnotisables, et parmi ceux qui sont hypnotisables tous ne sont pas suggestibles.

Enfin, elle n'est pas toujours inoffensive. Certains sujets deviennent, après quelques séances d'hypnotisation, si sensibles à l'action des procédés hypnogènes, qu'il suffit d'un regard, d'un geste, d'un bruit imprévu, pour les faire tomber dans l'état de sommeil.

En somme, l'hypnotisation est un moyen difficile à manier qu'il faut réserver à quelques cas particuliers. Si le hasard vous met en présence de malades hypnotisés antérieurement par d'autres personnes ou sujets à des attaques de sommeil, rien ne s'oppose à ce que vous fassiez sur eux des tentatives de thérapeutique suggestive. Je vous engage à ne pas aller au delà. Pour ma part, il m'est arrivé très rarement de commencer l'éducation hypnotique des malades confiés à mes soins, et quand je l'ai fait, c'était toujours pour répondre à des sollicitations très pressantes des malades eux-mêmes ou de leur entourage.

Diverses opérations chirurgicales ont été proposées contre l'hystérie. Baker Brown (de Londres), Brawn (de Vienne), ont vanté les avantages de la *clitoridectomie;* Friedreich (d'Heidelberg) préconise les cautérisations du clitoris [1]. D'autres chirurgiens, plus hardis ou plus téméraires, n'ont pas craint d'ouvrir le ventre des hystériques pour en extraire des ovaires parfaitement sains [2]. Rien ne justifie ces opérations; rien, pas même le succès, car avant de faire courir à un malade les dangers inhérents à une intervention sanglante, il faudrait être certain que la guérison ne peut être obtenue par des méthodes plus inoffensives, et cette certitude on ne l'a jamais; on ne peut pas l'avoir. Il paraît même démontré que, dans les cas heureux où des mutilations organiques graves ont été suivies de la guérison d'accidents hystériques anciens, ce n'est pas l'opération elle-même qui a fait la cure, mais bien l'émotion provoquée par l'opération, de telle sorte que le traite-

[1] Friedreich, *Zur Behandlung der Hysterie* (*Virchow's Archiv*, t. 90).

[2] M. Magnin a réuni, dans sa thèse de doctorat, un grand nombre d'exemples de cas de castration dans l'hystérie. (*De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux*. Th. doct., Paris, 1886.)

ment chirurgical de l'hystérie n'est, au fond, qu'une des formes de la révulsion morale. Il y a à ce sujet dans la science une observation fort instructive dont je vous engage à méditer les détails. Elle a été rapportée par M. Chiarleoni, chirurgien de l'hôpital de Crémone, et peut être résumée ainsi :

Une jeune femme, bien portante jusqu'en 1878, fut épouvantée par un incendie. Elle tomba aussitôt en convulsions, et, depuis cette époque, resta sujette à des accidents hystériques graves et variés : douleurs abdominales, insomnie, vomissements incoercibles, paraplégie, amaigrissement extrême, etc. Admise à l'hôpital de Crémone dans un service de médecine, elle y subit sans résultats toutes sortes de traitements. Son état s'aggravant sans cesse, on la montra, en 1883, à M. Chiarleoni. Celui-ci, après l'avoir examinée, déclara que la castration était l'unique ressource offrant quelques chances de succès. Depuis lors, la malade ne cessa de réclamer à grands cris l'opération qui devait mettre un terme à ses souffrances. On ne consentit cependant à céder à ses désirs qu'en 1887, neuf ans par conséquent après le début des accidents hystériques; mais voici comment on procéda :

Les préparatifs de l'opération furent très solennels. La malade, transportée par des aides à l'amphithéâtre de chirurgie, fut anesthésiée par le chloroforme. La peau fut incisée *superficiellement* dans une longueur de dix centimètres et aussitôt recousue à l'aide de cinq points de suture. Un pansement iodoformé appliqué sur la plaie assura l'antisepsie.

A partir de ce jour, les vomissements cessèrent, le sommeil reparut, les forces revinrent. La guérison fut bientôt complète. Elle persistait trois mois après la castration simulée dont vous venez d'entendre les détails, quand M. Chiarleoni publia l'observation [1].

Cet exemple est tout à fait démonstratif. Il prouve que l'opération n'est pas la cause efficiente de la cure. Quand elle détermine la guérison, c'est purement et simplement par voie de révulsion psychique, tout comme l'inoffensive pilule de *mica panis* à laquelle on doit des succès tout aussi remarquables et beaucoup moins dangereux. La castration ne serait légitimée que s'il y avait des altérations profondes des ovaires ou des annexes de l'utérus exigeant par elles-mêmes une intervention chirurgicale.

[1] Giuseppe Chiarleoni, *Isterismo e castrazione, memoria letta alle sezione ostetrica e ginecologica del XII Congresso medico italiano in Pavia* (*Gazzetta degli ospidali*, janvier 1888).

IV

Il me reste à vous parler d'un dernier agent curatif... le mariage.

On considérait, autrefois, qu'un mari jeune et vigoureux était un remède quasi infaillible contre l'hystérie des jeunes filles.

Hippocrate avait dit : « *Ego impero virgines his morbis affectas quam citissime cum viro jungi,* » et cet aphorisme avait dirigé pendant des siècles la conduite des praticiens.

Briquet a protesté, le premier, en s'appuyant sur l'observation clinique, contre le précepte hippocratique. Il a montré que les satisfactions données à l'instinct sexuel n'avaient, par elles-mêmes, aucune action sur la marche des accidents hystériques. D'après lui, le mariage est avantageux ou désavantageux, selon que la jeune femme trouve, dans sa nouvelle famille, plus ou moins de tranquillité morale que dans l'ancienne.

Tous les neurologistes modernes partagent, sur ce point de pratique, les idées de Briquet. Mais les gens du monde sont encore convaincus de l'efficacité du mariage. Vous serez donc consultés sur l'opportunité de l'application de ce moyen et sur sa valeur curative. Les parents des jeunes filles hystériques vous diront : « Docteur, nous voudrions marier notre fille. Pensez-vous que le mariage lui fasse du bien? » Et les parents des jeunes hommes dont on sollicite l'assentiment vous diront de leur côté : « Docteur, nous songeons à marier notre fils avec une jeune personne sujette à des accidents hystériques. Ne pensez-vous pas que cette union puisse avoir, dans l'avenir, de sérieux inconvénients? »

Le mieux serait, assurément, de répondre aux uns et aux autres que, les questions de mariage échappant à votre compétence, vous n'avez aucun avis à émettre. Mais si les intéressés insistent, il est difficile de ne pas leur fournir quelques explications. Vous serez alors absolument sincères. Aux parents de la jeune fille vous direz : « Le mariage n'est pas, comme vous semblez le croire, un remède contre l'hystérie. Si votre fille est plus heureuse avec son mari qu'elle ne l'est chez vous, il y a des chances pour que sa maladie s'atténue et guérisse; si elle est malheureuse, il est fort à craindre qu'elle ne devienne plus malade. » Aux parents du fiancé vous direz : « L'hystérie est une maladie dont le pronostic éloigné est très difficile à établir. Son évolution dépend de cir-

constances extérieures qu'on ne peut prévoir. Il y a, de par le monde, beaucoup de personnes qui, après avoir eu dans leur jeunesse des accidents hystériques violents, sont devenues des épouses modèles et des mères de famille excellentes. Mais il y a aussi des hystériques dont l'état s'est aggravé après le mariage. En ce qui concerne l'hérédité, il est positif que l'hystérie des ascendants est une des conditions qui prédisposent les descendants aux affections nerveuses. Mais les lois qui président aux transmissions héréditaires ne sont pas fatales. Des mères franchement hystériques ont souvent donné le jour à des enfants jouissant d'une excellente santé. »

Quand vous aurez tenu ce langage, les intéressés prendront la détermination qu'ils voudront; votre responsabilité ne sera pas engagée, et, quoi qu'il arrive dans l'avenir, on ne pourra vous adresser aucun reproche légitime.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON

DES ORIGINES DE L'HYPNOTISME

SOMMAIRE

I. Théorie du magnétisme animal. Paracelse et ses adeptes. Apothéose de Mesmer. Le baquet magnétique. Grandeur et décadence d'un charlatan.

II. Théorie du somnambulisme magnétique. Observations du marquis de Puységur, de Pétetin, de Deleuze. Le magnétisme devant l'Académie de médecine. Rapports de Husson et de Dubois (d'Amiens).

III. Recherches de l'abbé Faria et de Braid. Démonstration de la fausseté des théories fluidiques. Observations de MM. Azam, Mesnet, Liébeault, M. Duval, Ch. Richet.

IV. L'hypnotisme entre dans la science officielle. Recherches de MM. Charcot, Paul Richer, Heidenhain, Féré, etc.

MESSIEURS,

Depuis une quinzaine d'années, l'étude de l'hypnotisme s'est transformée. Des observateurs sérieux, habitués à la pratique de la méthode expérimentale et jouissant dans le monde savant d'une légitime notoriété, se sont efforcés d'analyser les conditions de production et les manifestations symptomatiques des phénomènes très complexes qui caractérisent les divers états hypnotiques. Il en est résulté qu'une foule de faits, dénaturés autrefois par les rêveurs ou exploités par les charlatans, sont entrés dans le courant des recherches scientifiques régulières et ont reçu une interprétation naturelle. Avant de vous parler des découvertes importantes qui ont été faites dans ces derniers temps, il me paraît utile de vous rappeler brièvement les différentes phases par lesquelles a passé la question, de vous montrer comment les théories qui se sont succédé depuis des siècles sous les noms de *magnétisme animal, mesmérisme, somnambulisme magnétique,* etc., se rattachent à l'histoire de l'hypnotisme, et de rechercher avec vous les erreurs de méthode ou les fautes d'observation qui ont pendant si longtemps stérilisé les efforts de nos devanciers.

I

Les premières traces de la théorie du Magnétisme animal se trouvent dans les ouvrages de Paracelse. Avant d'étudier la médecine et de devenir professeur à l'Université de Bâle, Paracelse s'était adonné aux sciences occultes. Il avait pratiqué l'alchimie et l'astrologie et en avait conservé la croyance aux *arcanes,* aux *signatures cabalistiques,* aux *influences sidérales.* Selon lui, un fluide vital émané des astres met en communication les *archées* des différents êtres. Tout homme possède ainsi une vertu attractive et cachée, un *magnes* lui permettant, s'il est sain, d'attirer le *magnes* des personnes malades, et d'agir, par son intermédiaire, sur leurs *archées,* c'est-à-dire sur le principe même de leur activité vitale[1].

Ce système, qu'on appelait au XV[e] siècle le *système de la sympathie magnétique,* eut des partisans enthousiastes et des contradicteurs acharnés. Il jeta, en Allemagne surtout, de profondes racines. En 1608, Glocenius fit paraître sur la cure magnétique des plaies un volumineux traité[2] que développèrent, en 1626, avec de nouveaux faits, J.-E. Burgraeve[3] et von Helmont[4].

Quelque temps après, en 1640, Robert Fludd s'efforce de préciser les théories de Paracelse. Recherchant la cause d'où dépend la vertu magnétique, il la trouve dans l'émission de rayons qui, partant de l'étoile polaire et traversant comme des torrents toute la terre, affecteraient plus particulièrement l'aimant. L'homme a ses pôles magnétiques comme la terre. Deux personnes s'approchent-elles et les rayons qu'elles envoient se trouvent-ils repoussés, réfléchis de la circonférence au centre, l'antipathie se produit, et alors le magnétisme est dit négatif; il est positif, au contraire, s'il y a attraction de part et d'autre et émission du centre à la circonférence. Dans ce dernier cas, non seulement les maladies, les affections particulières se communiquent, mais même les affections morales, d'où résulte, toujours suivant notre auteur, la distinction du magnétisme en *magnétisme spirituel* ou *moral* et en *magnétisme corporel*[5].

[1] Paracelse, *Practica Theophrasti Paracelsi.* Nuremberg, 1529.
[2] Glocenius, *Tractatus de magnetica curatione vulnerum.* Marburg, 1608-1609.
[3] J.-E. Burgraeve, *De magnetica vulnerum naturali et legitima curatione,* 1621.
[4] Von Helmont, *Disputatio de magnetica vulnerum curatione.* Paris, 1621.
[5] Robert Fludd, *Philosophia mosaica.* Amsterdam, 1640.

Le Père Kircher combattit ces doctrines en 1641[1], mais elles furent reprises en 1673 par Sébastien Wirdig[2], et un Écossais, Maxwell, les formula en un corps de doctrine[3] que Santanelli réduisit en aphorismes. C'est ainsi que la doctrine magnétique se répandit et prépara l'apothéose de Mesmer.

Antoine Mesmer était entreprenant, audacieux, avide de renommée et de fortune, et peu scrupuleux sur le choix des moyens qui devaient le conduire à son but.

En 1766, il publiait son premier ouvrage intitulé : *De l'influence des planètes sur le corps humain,* dans lequel il reprenait, tout en la donnant faussement comme sienne, la théorie du fluide universel; mais ce n'est que quatre ans plus tard qu'il commença à l'appliquer au traitement des malades.

Son système comprenait deux termes qui lui donnaient une sorte d'apparence scientifique : une théorie physique et des applications pratiques.

La théorie était très simple. Il existe, disait Mesmer, un fluide universellement répandu dans la nature, enveloppant tous les corps, organisés ou non, les pénétrant et agissant sur eux à distance. Il peut être réfléchi par les glaces, propagé par le son, concentré et transporté par les corps dans lesquels il a été préalablement accumulé. Sa répartition dans les corps vivants est la cause de la santé et des maladies. Tout le secret de la médecine consiste à le distribuer convenablement selon les besoins des organes. Par son intermédiaire, on peut guérir immédiatement les maladies des nerfs, et médiatement les autres, même les plus compliquées, sans jamais exposer les malades à des effets dangereux ou à des suites fâcheuses, quels que soient leur âge, leur tempérament, leur sexe. Le magnétisme animal est la panacée universelle. Grâce à lui, l'art de guérir doit parvenir à sa dernière perfection.

La pratique a notablement varié. Au début de sa carrière, Mesmer n'employait que l'attouchement et le regard; il s'asseyait, le dos tourné vers le nord, en face du sujet, les genoux touchant les genoux, les yeux dans les yeux, les mains sur les hypocondres ou les lombes, et transmettait lentement au patient l'excès de son propre fluide.

[1] Athanase Kircher, *Magnes sive de arte magnetica.* Rome, 1641 et 1654.

[2] Wirdig, *Nova medicina spirituum.* Hamburg, 1673.

[3] Maxwell, *Medicinæ magneticæ libri tres in quibus tam theoria quam praxis continentur.* Francfort, 1679.

Mais quand la clientèle devint nombreuse, il fallut avoir recours à d'autres procédés. C'est alors qu'intervint le *baquet*.

Dans une grande salle, où la lumière n'arrivait que tamisée par d'épais rideaux, se trouvait une caisse circulaire en bois de chêne, munie d'un couvercle percé de trous et ayant six pieds de diamètre et un pied et demi de hauteur. Dans le fond de la caisse était un premier lit de limaille de fer et de verre pilé; au-dessus, des bouteilles pleines d'eau et disposées en forme de rayons, les goulots au centre, les fonds à la circonférence, formaient une deuxième couche. Des tiges de fer plongeaient au milieu de cet attirail qui baignait dans l'eau. De ces tiges, coudées et terminées en pointe. quelques-unes étaient assez longues pour atteindre au second et même au troisième rang des malades. Une corde partant du baquet reliait tous les adeptes et assurait l'égale répartition du fluide. Enfin, un *piano-forte* ou *harmonica* jouait des airs variés et favorisait par ses vibrations la diffusion des courants magnétiques.

Autour de ce baquet installé dans l'appartement de Mesmer, venaient s'asseoir des malades de toute sorte, hommes et femmes appartenant à toutes les classes de la société. Quand l'attente prolongée et les sons de l'harmonica avaient suffisamment excité les nerfs de ce public, composé en majeure partie de névropathes, le Maître lui-même apparaissait, vêtu d'un habit de soie lilas, lançant sur la foule anxieuse des torrents de fluide, promenant sa baguette avec une autorité souveraine sur le corps des malades, touchant les points endoloris. « Alors, rapporte Bailly[1], les malades offrent un tableau très varié. Quelques-uns sont calmes et n'éprouvent rien; d'autres toussent, crachent, sentent quelques légères douleurs, une chaleur locale ou une chaleur universelle, et ont des sueurs; d'autres sont agités et tourmentés par des convulsions. Ces convulsions sont extraordinaires par leur nombre, par leur durée, par leur force. On en a vu durer plus de trois heures. Elles sont caractérisées par les mouvements précipités, involontaires, de tous les membres et du corps entier, par le resserrement de la gorge, par des soubresauts des hypocondres et de l'épigastre, par le trouble et l'égarement des yeux, par des cris perçants, des pleurs, des hoquets et des rires immodérés. Elles sont précédées ou suivies d'un état de langueur ou de rêverie, d'une sorte d'abattement et même d'assoupissement. Le moindre bruit imprévu cause

[1] *Rapport des commissaires chargés par l'Académie des sciences de l'examen du magnétisme animal.* Paris, 1784.

des tressaillements; et l'on a remarqué que le changement de ton et de mesure dans les airs joués sur le piano-forte influait sur les malades, en sorte qu'un mouvement plus vif les agitait davantage et renouvelait la vivacité de leurs convulsions. On voit des malades se cherchant exclusivement et, en se précipitant l'un vers l'autre, se sourire, se parler avec affection et adoucir mutuellement leurs crises. Tous sont soumis à celui qui magnétise; ils ont beau être dans un assoupissement apparent, sa voix, son regard, un signe les en retirent... Cet état convulsif est appelé *crise*. On a observé que dans le nombre des malades en crise, il y avait toujours beaucoup de femmes et peu d'hommes; que ces crises étaient une heure ou deux à s'établir, et que, dès qu'il y en avait une d'établie, toutes les autres commençaient successivement à s'établir et en peu de temps. »

Il est facile de reconnaître à ces caractères que les *crises* étaient de véritables attaques convulsives et délirantes de l'hystérie, et quand on sait combien sont bruyantes les manifestations extérieures de ces attaques, on comprend pourquoi les salles où étaient installés les baquets magnétiques avaient reçu dans le monde le nom d'*enfer à convulsions*[1].

Mesmer se souciait fort peu de l'opinion des corps savants. Il pensa cependant qu'il était indispensable d'obtenir leur adhésion et il fit des démarches auprès du président de l'Académie des sciences et de la Société royale de médecine à l'effet d'obtenir la nomination de commissions chargées de vérifier les merveilleux effets de la cure magnétique. Des commissaires furent désignés. Pour accomplir leur mission, ils voulurent choisir eux-mêmes les malades soumis au traitement, ou tout au moins s'assurer au préalable de la nature et de la gravité de leur maladie. Mesmer refusa de se soumettre à ce contrôle; il voulait être cru sur parole; l'expertise n'eut pas lieu.

La Faculté de médecine fut, à cette époque, saisie, elle aussi, de la question par un de ses régents, Deslon, qui était en même temps disciple de Mesmer. Il proposa à ses collègues deux séries d'expériences, mais la Faculté décida qu'il n'y avait pas lieu d'entrer dans cette voie. Elle condamna sans examen la doctrine et la pratique du magnétisme animal. Elle suspendit même Deslon

[1] Voyez, sur l'histoire du mesmérisme, le livre de M. Ernest Bersot : *Mesmer, le magnétisme animal, les tables tournantes et les esprits* (1 vol. in-12, de la collection Hachette, 4e édit., Paris, 1879), et l'article *Mesmérisme* écrit par Dechambre dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

de ses fonctions et le menaça de radiation définitive des cadres de la Faculté si, au bout d'un an, il n'avait pas désavoué le mesmérisme. Cela se passait en 1780.

Quatre ans plus tard, le gouvernement intervint. Le 12 mars 1784, le roi nomma une Commission composée de quatre membres de la Faculté : Borie, Sallin, d'Arcet et Guillotin, auxquels furent adjoints : Francklin, de Bory, Bailly et Lavoisier, de l'Académie des sciences. En même temps une deuxième Commission, composée de Poissonnier, Caille, Mauduyt, Andry et Laurent de Jussieu, fut formée au sein de la Société de médecine. Chacune d'elles devait déposer un rapport distinct. Leur conclusion générale, c'est que rien ne démontre l'existence du fluide magnétique et que les effets nerveux qui se produisent chez les malades de Mesmer et de ses adeptes peuvent être expliqués par trois causes : les *attouchements*, l'*imagination*, l'*imitation*. En somme, d'après les commissaires, le magnétisme animal n'existe pas; ses vertus curatives sont nulles et ses pratiques dangereuses et peu morales [1].

Ces décisions des corps académiques furent connues au moment où l'étoile de Mesmer commençait à pâlir. Il était arrivé à Paris en 1778 annonçant *urbi et orbi* qu'il avait trouvé le remède à tous les maux. Les badauds l'avaient tout d'abord accueilli avec une sorte d'admiration superstitieuse, mais le bon sens reprenait ses droits. A l'enthousiasme irréfléchi des premiers jours succédaient la lassitude et l'indifférence générales. Beaucoup de personnes, parmi lesquelles le prince Henri de Prusse et la princesse de Lamballe, n'avaient éprouvé aucun phénomène en présence du terrible baquet; le public s'écartait de plus en plus des pratiques qui l'avaient intéressé pendant quelque temps; les malades eux-mêmes perdaient confiance. Mesmer essaya alors de traiter avec le gouvernement pour la vente de son secret; l'affaire n'aboutit pas. Condamné par les savants, abandonné par la clientèle, le grand-prêtre du magnétisme animal quitta la France en 1785, après fortune faite, sans avoir réalisé aucun progrès, sans avoir découvert aucune notion scientifique nouvelle. Sa doctrine était une reproduction à peine déguisée des théories anciennes de Paracelse et de Maxwell; sa pratique dérivait du charlatanisme

[1] Laurent de Jussieu refusa de signer le rapport de ses collègues. Il en publia un séparé dans lequel il se montre beaucoup moins sévère dans ses appréciations sur le magnétisme animal. Il croit que Mesmer est sur la trace d'une vérité féconde et qu'il y aurait lieu de poursuivre ses expériences : *Rapport particulier de l'un des commissaires de la Société royale de médecine sur le magnétisme animal.* Paris, 1784.

le plus grossier. Dans son ensemble et dans ses détails, dans ses principes et dans ses applications, son œuvre a été stérile et mauvaise. Elle n'a eu qu'un avantage, c'est celui d'avoir attiré l'attention sur les phénomènes nerveux qui se produisaient quelquefois autour du baquet. Mais l'analyse de ces phénomènes ne fut faite que beaucoup plus tard; Mesmer ne l'a même pas tentée.

II

Pendant que le Mesmérisme agonisait, un de ses adeptes, le marquis de Puységur, observait des phénomènes nouveaux qui servirent de point de départ à la doctrine du *somnambulisme magnétique*.

Le somnambulisme est un état particulier du système nerveux dans lequel certaines manifestations de l'activité cérébrale persistent, bien que les sujets soient ou paraissent être endormis. Cet état était peu connu à la fin du siècle dernier; cependant on en avait constaté des exemples. Sauvages, en particulier, en avait décrit plusieurs cas, en 1742, dans une communication à l'Académie des sciences, et, en 1769, dans sa nosographie méthodique [1].

Le marquis Chastenet de Puységur était un philanthrope qui avait étudié le mesmérisme par amour de l'humanité souffrante. Retiré sur sa terre de Buzancy, il voulut faire profiter ses concitoyens de ses connaissances. Un jour, sous l'influence des pratiques magnétiques, un jeune villageois, qu'il soignait pour une fluxion de poitrine, s'endort paisiblement et, tout endormi, répond aux questions qu'on lui pose, chante les airs qu'on lui indique, marche librement comme s'il était éveillé, en un mot, il présente la série des phénomènes, aujourd'hui bien connus, du somnambulisme provoqué. Le bon marquis est émerveillé; il se figure avoir un fluide d'une qualité supérieure. Ses amis, ses serviteurs, ses voisins crient au miracle. Les malades affluent. Pour leur donner satisfaction, de Puységur est obligé de magnétiser un arbre sous lequel un grand nombre de personnes peuvent s'asseoir sur des bancs et profiter à loisir de l'action bienfaisante du mystérieux fluide. Sous son influence, certains sujets tombent en *crise,* d'autres

[1] Sauvages, *Relation d'une fille à la fois somnambule et cataleptique* (*Mémoires de l'Académie des sciences,* année 1742), et *Nosographia methodica sistens morborum classes.* Genève, 1769. Ces cas sont résumés dans l'ouvrage de Calmeil : *De la folie,* etc., t. II, p. 463.

en état de somnambulisme. Ces derniers acquièrent même une faculté des plus remarquables : ils reconnaissent, en touchant les malades qu'on leur présente, la nature de leur mal et ils indiquent le remède qui leur convient! De Puységur, qui n'a jamais appris la médecine, est au comble de la joie; il donne des consultations dictées par ses somnambules, et écrit à un de ses amis, le 8 mars 1784, que « *la tête lui tourne de plaisir en voyant le bien qu'il fait autour de lui* ». En réalité, il lance dans le monde une idée fausse dont l'exploitation, habilement dirigée depuis lors par des charlatans sans foi ni loi, constitue encore aujourd'hui une des formes les plus dangereuses de l'exercice illégal de la médecine [1].

Trois ans après, un praticien de Lyon, le Dr Pétetin, annonce des faits plus extraordinaires. Ses somnambules, quoique insensibles aux excitations extérieures habituelles, voient, entendent et goûtent par l'épigastre, les doigts et les orteils! Comme ceux de Puységur, ils ont la faculté de lire dans leur propre corps et dans ceux des malades qui leur sont présentés [2]. On s'enlisait de plus en plus dans le faux merveilleux.

Vers 1820, le magnétisme parut être sur le point de sortir de l'ornière où il était engagé. Husson lui ouvrait son service à l'Hôtel-Dieu de Paris; Rostan et Georget répétaient sur quelques malades de la Salpêtrière les expériences que dirigeait le baron Dupotet [3] et que vulgarisait dans des cours publics un ancien élève de l'École polytechnique, le Dr Bertrand [4]. Mais au lieu d'étudier les symptômes du somnambulisme provoqué comme on étudie ceux d'une maladie ordinaire, on s'occupa de la transposition des sens, de la prescience et de la double vue. Le Conseil général des hospices s'émut et enjoignit de cesser les opérations.

Quelques années plus tard, en 1825, l'Académie des sciences et l'Académie de médecine furent de nouveau mises en demeure de se prononcer sur la valeur du magnétisme. Le Dr Foissac leur adressa une note dans laquelle il déclarait que « en posant successivement la main sur la tête, la poitrine et l'abdomen d'un individu, les somnambules découvrent aussitôt les maladies, les douleurs et les altérations diverses qu'elles occasionnent. Ils indiquent en outre

[1] Puységur, *Mémoires pour servir à l'histoire du magnétisme animal,* 1784 et 1785.

[2] Pétetin, *Mémoire sur la découverte des phénomènes que présentent la catalepsie et le somnambulisme*, in-8°. Lyon, 1787.

[3] Dupotet, *Exposé des expériences faites sur le magnétisme animal à l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris, 1821.

[4] Bertrand, *Traité du somnambulisme et des differentes modifications qu'il présente,* in-8°. Paris, 1823.

si la cure en est possible, facile ou difficile, prochaine ou éloignée, et quels moyens doivent être employés pour atteindre ce résultat par la voie la plus prompte et la plus sûre. Dans cet examen, ajoutait-il, les somnambules ne s'écartent jamais des principes avoués de la saine médecine, et leurs inspirations tiennent du génie qui animait Hippocrate. » Cuvier accusa réception de l'envoi au nom de l'Académie des sciences, mais l'Académie de médecine, s'en tenant à son rapport de 1784, ne fit aucune réponse.

Le 11 octobre, un second mémoire de Foissac [1] l'invite à « recommencer l'examen du magnétisme animal ». Après une discussion assez vive, le 28 février 1826, une Commission est nommée; elle était composée de Leroux, Double, Bourdois, Magendie, Guersant, Laennec, Tillaye, Marc, Fouquier, Guéneau de Mussy, Itard et Husson, rapporteur.

Le rapport ne fut déposé que cinq ans après (1831) et ses conclusions ne renferment pas moins de trente paragraphes. Il déclare que les frictions, les gestes, les passes ne sont pas toujours nécessaires à la production du somnambulisme; que la volonté, la fixité du regard arrivent souvent à le produire après un temps variable d'une minute à une demi-heure. Chez quelques sujets les effets sont insignifiants et fugaces, et il suffirait pour les expliquer de les rapporter à l'imagination; chez d'autres, il s'opère des changements plus ou moins remarquables dans les perceptions et les facultés. Les somnambules sont, la plupart du temps, insensibles aux bruits, à la lumière, aux odeurs, aux excitations de la peau et des muqueuses. « On a pu leur chatouiller les pieds, les narines et l'angle des yeux par l'approche d'une plume; leur pincer la peau de manière à l'ecchymoser, la piquer sous l'ongle avec des épingles enfoncées à l'improviste à une assez grande profondeur, sans qu'ils s'en soient aperçus. Enfin, on en a vu une qui a été insensible à une des opérations les plus douloureuses de la chirurgie, et dont la figure, ni le pouls, ni la respiration n'ont pas dénoté la moindre émotion [2]. »

Pendant qu'ils sont en somnambulisme, dit le rapporteur de la Commission, les magnétisés que nous avons observés conservent l'exercice des facultés qu'ils ont pendant la veille. Leur mémoire même paraît plus fidèle et plus étendue, puisqu'ils se souviennent

[1] Foissac, *Mémoires sur le magnétisme animal*. Paris, 1825 et 1826.

[2] Il est fait allusion ici à un cas d'ablation de cancer du sein pratiquée en 1829 par Jules Cloquet.

de tout ce qui s'est passé pendant tout le temps et toutes les fois qu'ils ont été en somnambulisme. A leur réveil, ils disent avoir oublié totalement toutes les circonstances de l'état de somnambulisme et ne s'en souvenir jamais.

Si les commissaires s'étaient bornés à ces constatations, ils auraient probablement rendu un véritable service à la science. Malheureusement, ils crurent devoir s'occuper aussi des faits merveilleux rapportés à l'influence du magnétisme. Ils firent des expériences incomplètes sur la faculté attribuée aux somnambules de lire les yeux fermés à travers des corps opaques, de prévoir les événements futurs, de discerner le siège des maladies et d'indiquer les remèdes qui leur conviennent, et eurent le tort de donner à ces expériences une trop grande importance dans leur rapport.

Leur conclusion générale était que « l'Académie devrait encourager les recherches sur le magnétisme, comme une branche très curieuse de physiologie et d'histoire naturelle ». La majorité des académiciens ne fut pas de cet avis; elle refusa les honneurs de l'impression au rapport de sa Commission.

Peu après (14 février 1837), un autre magnétiseur, le D[r] Berna, mettait à la disposition de l'Académie deux « sujets » très favorables à l'étude du magnétisme. Une Commission fut aussitôt nommée. Elle se composait de MM. Roux, Bouillaud, H. Cloquet, Emery, Pelletier, Caventou, Cornac, Oudet et Dubois (d'Amiens). Elle fit quelques expériences sur les deux somnambules du D[r] Berna, et, le 22 août 1837, Dubois déclarait en son nom que les expériences n'avaient pas fourni de résultats péremptoires et que le somnambulisme était une chimère. Malgré les protestations de Husson, l'Académie adopta sans discussion les conclusions de Dubois.

Afin de clore définitivement les débats, un de ses membres, Burdin aîné, offrit, sur sa cassette particulière, un prix de 3,000 francs à la personne qui aurait la faculté de lire un écrit quelconque placé hors de la portée des yeux et du toucher. Les prétendants ne manquèrent pas, mais il est inutile de dire que le prix ne fut pas gagné. Dès lors, sur la proposition de Doubles, l'Académie décida, le 1[er] octobre 1840, qu'elle ne répondrait désormais plus aux communications relatives au magnétisme [1].

[1] Voyez *Histoire academique du magnétisme animal,* par Burdin jeune et Dubois (d'Amiens), 1 vol. in-8°. Paris, 1841.

On a souvent reproché à l'Académie le parti pris dont elle fit preuve dans les discussions relatives au somnambulisme magnétique. Il est regrettable, en effet, qu'elle n'ait pas eu le bon esprit d'accueillir avec plus de bienveillance le rapport d'Husson et qu'elle n'ait pas laissé la question à l'étude jusqu'à ce que de nouvelles expériences aient permis de fixer la limite entre les faits réels et les observations illusoires. Il lui appartenait de tracer un programme de recherches précises, et, cela fait, il lui eût été relativement facile de discerner le vrai du faux et de fixer la science sur un des points les plus intéressants qui aient jamais été soumis aux délibérations d'un corps savant.

III

Au moment même où le Magnétisme animal était solennellement condamné, en France, par l'Académie de médecine, un modeste praticien de Manchester, le Dr Braid, commençait la série des recherches qui devaient aboutir à la découverte de l'*hypnotisme expérimental*. Rejetant les pouvoirs occultes et les influences fluidiques, il allait réduire le magnétisme aux proportions des sujets accessibles à la science.

Il avait été précédé dans cette voie par un homme dont il ignorait probablement les travaux, mais dont les observations méritent de fixer notre attention, l'abbé Faria.

Cet abbé Faria était, en 1815, un grand vieillard efflanqué, au teint cuivré, à l'aspect ascétique, qui avait longtemps habité les Indes et y avait étudié les mystères des prêtres de Brahma. Il donnait chez lui des séances de magnétisme auxquelles assistaient beaucoup de personnes de la haute société, beaucoup de dames surtout. Avant de commencer ses expériences, il avait l'habitude de lire un interminable mémoire dans lequel il déclarait qu'il ne jouissait d'aucune propriété fluidique ou autre qui lui fût particulière, qu'il n'exerçait aucune influence personnelle sur les sujets qui se soumettaient à ses essais, que les effets qu'il leur faisait éprouver venaient d'eux seuls et de leur organisation. Puis il recommandait à ses sujets de fermer les yeux pour éviter les distractions, de ne penser à rien, de s'abandonner sans résistance au sommeil, et quand il les jugeait suffisamment préparés, il leur disait d'une voix forte : « Dormez ! » Souvent il réussissait dès la première tentative; quelquefois il

était obligé de répéter à plusieurs reprises l'injonction, surtout si les personnes en expérience n'avaient pas déjà été endormies d'autres fois.

Il devait publier un ouvrage en quatre volumes dont un seul a paru [1], et cela est très fâcheux, car, malgré ses allures mystiques, il a fort bien observé quelques-uns des symptômes du somnambulisme provoqué. C'est lui, en particulier, qui a le premier décrit les phénomènes d'hallucinations sensorielles qui se produisent si facilement chez les somnambules et réalisé l'expérience, aujourd'hui vulgaire, qui consiste à faire éprouver, par suggestion, aux personnes endormies toutes les sensations possibles.

Braid [2] compléta sur plusieurs points les résultats obtenus par l'abbé Faria. C'est le hasard qui le conduisit à s'occuper du magnétisme. Il assista un jour, en novembre 1841, à une séance donnée par un magnétiseur français nommé Lafontaine. Il en sortit convaincu de la réalité des phénomènes dont il avait été témoin. Il se mit alors à expérimenter pour son propre compte et ne tarda pas à s'assurer que l'opérateur n'exerçait sur l'opéré aucune influence mystérieuse, et que l'hypothèse d'un prétendu fluide magnétique ne reposait sur aucun fondement. Il démontra qu'on pouvait endormir les personnes prédisposées, en leur faisant fixer un objet brillant. Il décrivit avec soin les suggestions, les anesthésies, les contractures provoquées pendant l'état hypnotique.

L'œuvre de Braid serait irréprochable si elle était exposée avec plus de clarté et si l'auteur, subissant lui aussi la fascination du merveilleux, n'avait cherché à démontrer par l'hypnotisme l'exactitude des théories de Gall sur les localisations fonctionnelles de l'encéphale. Néanmoins, le Braidisme fut oublié comme l'avait été le Mesmérisme, et, pendant plus de vingt ans, on méconnut, dans le monde savant, les vérités qu'il contenait [3].

[1] Faria, *De la cause du sommeil lucide,* in-8°. Paris, 1819.

[2] Braid, *Neurypnologie, traité du sommeil nerveux des hypnotisées.* Trad. franç. par J. Simon. Paris, 1883.

[3] Les principaux travaux publiés dans cette période sont les suivants :

Favrot, *De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie.* Th. doct., Paris, 1844. — Lélut, *Mémoire sur le sommeil, les songes et le somnambulisme* (*Annales médico-psychologiques,* 1852). — Segond, *Théorie positive des phénomènes étudiés sous la dénomination de magnétisme animal* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 1854). — Lemoine, *Du sommeil au point de vue physiologique et psychologique.* Paris, 1855. — Puel, *De la catalepsie* (*Mémoires de l'Académie de médecine,* t. XX, 1856). — Falret, *De la catalepsie* (*Archives générales de médecine,* 1857). — Macario, *Du sommeil, des rêves, du somnambulisme dans l'état de santé et de maladie.* Lyon, 1857. — Sandras, *Note sur le sommeil nerveux ou hypnotisme* (*Arch. génér. de méd.,* 1860). — Charpignon, *Rapports du magnétisme avec la jurisprudence et la méd. légale,* 1860.

Son étude fut reprise vers 1860 par mon très distingué collègue M. le professeur Azam[1]. Ayant eu la bonne fortune de rencontrer une malade atteinte de catalepsie spontanée avec variations alternantes de la personnalité, il en profita pour répéter sur elle et sur quelques autres personnes les expériences de Braid, non sans avoir des doutes, dit-il, tant les résultats annoncés lui paraissaient extraordinaires. Cependant ces résultats se reproduisirent avec une netteté parfaite.

Ce qui frappa le plus dans les faits observés par M. Azam, ce fut la possibilité de provoquer par l'hypnotisme une anesthésie complète des sujets. On pensa trouver là une méthode susceptible de remplacer la chloroformisation. Velpeau, Broca, Follin, Verneuil, Demarquay et Girot-Teulon[2], Gigot-Suard[3], Philips[4] s'intéressèrent à la question; mais il fallut bientôt renoncer aux espérances qu'on avait pu concevoir, parce que la fixation du regard ne réussit pas à provoquer sûrement le sommeil nerveux chez tous les sujets. Néanmoins, les quelques opérations chirurgicales pratiquées publiquement dans les services des hôpitaux sur des malades rendus insensibles par l'hypnotisation préalable, attirèrent l'attention des savants et démontrèrent à tous qu'il y avait dans l'histoire de l'hypnotisme des faits réels dont il fallait chercher le déterminisme. C'est alors que parurent les curieuses études de M. Mesnet sur le somnambulisme pathologique[5], le livre de M. Liébeault (de Nancy) sur le sommeil et les états analogues[6], l'article souvent cité de M. Mathias Duval sur l'hypnotisme[7], et enfin le très remarquable mémoire de M. Charles Richet sur le somnambulisme provoqué[8].

[1] Les mémoires de M. Azam ont été réunis dans un volume de la bibliothèque scientifique contemporaine de J.-B. Baillière, intitulé : *Hypnotisme. Double conscience et altérations de la personnalité*. Paris, 1887.

[2] Demarquay et Girot-Teulon, *Recherches sur l'hypnotisme ou sommeil nerveux*, in-8°. Paris, 1860.

[3] Gigot-Suard, *Les mystères du magnétisme animal et la magie dévoilée ou la vérité démontrée par l'hypnotisme*. Paris, 1860.

[4] Philips, *Cours théorique et pratique du Braidisme ou hypnotisme nerveux*. Paris, 1860.

[5] Mesnet, *Étude sur le somnambulisme au point de vue pathologique* (*Arch. gén. de méd.*, 1866). — *De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique*. Paris, 1874.

[6] Liébeault, *Du sommeil et des états analogues considérés au point de vue de l'action du moral sur le physique*, 1 vol. in-8°. Paris, 1866.

[7] Mathias Duval, article *Hypnotisme* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

[8] Ch. Richet, *Du somnambulisme provoqué* (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, 1875) — *L'homme et l'intelligence*, 1 vol. in-8°. Paris, 1884.

C'est également de cette période que datent les travaux, intéressants à divers titres, de MM. Lasègue[1], Maury[2], Poincarré[3], Baillif[4], Pau de Saint-Martin[5], Czermak[6], Preyer[7], Carpenter[8], Svetlin[9] et autres.

IV

Malgré la valeur des travaux que je viens de vous signaler, l'étude de l'hypnose expérimentale n'avait pas pénétré dans la science. Les médecins craignaient de se compromettre ou de se ridiculiser en s'occupant de cette question; les physiologistes n'osaient pas se prononcer; nul ne savait au juste ce qu'il fallait penser de l'hypnotisme.

C'est alors qu'intervinrent deux savants dont l'influence fut décisive : MM. Charcot et Heidenhain.

Ils furent conduits à s'occuper de l'hypnotisme par des raisons différentes.

M. Charcot y fut tout naturellement amené en suivant le cours de ses recherches sur l'hystérie. Il avait étudié précédemment les attaques convulsives, l'hémianesthésie, l'ovaralgie, l'anurie hystériques; il devait diriger, un jour ou l'autre, son attention sur les troubles psychiques des hystériques. C'est ainsi qu'il en vint à étudier les hallucinations hystériques et les phénomènes du somnambulisme spontané et de l'hypnose expérimentale.

Il s'attacha tout d'abord à déterminer les symptômes somatiques de ces états complexes qu'on appelle la léthargie, la catalepsie, le somnambulisme. Laissant systématiquement de côté les troubles purement subjectifs et les prétendus phénomènes supérieurs du magnétisme : la double vue, la divination, la transmission de la

1 Lasègue, *Des catalepsies partielles et passagères* (*Archives générales de médecine*, 1865).

2 Maury, *Du sommeil et des rêves*. Paris, 1865.

3 Poincarré, *Étude sur le magnétisme animal*. Nancy, 1865.

4 Baillif, *Du sommeil magnétique dans l'hystérie*. Th. doct., Strasbourg, 1868.

5 Pau de Saint-Martin, *Étude clinique d'un cas de catalepsie compliquée traitée par l'hypnotisme*. Th. doct., Strasbourg, 1869.

6 Czermak, *Beobachtungen und Versuche ueber hypnotische Zustände bei Thieren* (*Pfluger's Archiv*, 1873).

7 Preyer, *Die Ursache des Schlaffes*. Stuttgard, 1877. — *Die Katalepsie und die thierische Magnetismus*. Iéna, 1878.

8 Carpenter, *L'automatisme humain* (*Revue scientifique*, 1875). — *Mesmerism und Spiritualism* (*Revue philosophique*, 1877).

9 Svetlin, *Ein Beitrag zur Lehre von der Katalepsie* (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Bd VIII, 1878).

pensée, il fit la nosographie de l'hypnotisme[1] et inspira les travaux remarquables à divers titres de MM. Paul Richer[2], Bourneville et Regnard[3], Féré et Binet[4], Gilles de La Tourette[5], etc.

M. Heidenhain, assistant aux représentations que donnait en Allemagne le magnétiseur Hansen, fut frappé des faits qu'il y vit. Persuadé que tout n'était pas faux dans les expériences dont il avait été témoin, il les répéta dans son laboratoire, sur des personnes dont la bonne foi ne pouvait être suspectée, sur des étudiants en médecine, sur des médecins, sur son propre frère, et il reconnut la réalité d'un certain nombre de phénomènes sensitifs, musculaires et psychiques dont il donna la description dans une brochure très substantielle qui eut un grand retentissement[6].

A partir de ce moment, l'hypnotisme prend rang dans la science officielle. Les recherches se multiplient avec une étonnante rapidité. Parmi les plus importantes, il convient de citer celles de MM. Dumontpallier, Magnin, Bérillon, Bernheim, Liégeois, Beaunis, Ladame, Chambard, Brémaud, Grützner, Berger, Preyer, Baümler, Benedikt, Tamburini et Seppilli, Vizioli, Silva, Lombroso, etc.[7].

En résumé, Messieurs, l'histoire du développement de nos connaissances en matière d'hypnotisme peut être divisée en quatre périodes :

1° Mesmer, reprenant l'hypothèse du fluide universel, imagine de traiter des malades par ce fluide et réussit à leur donner des attaques convulsives ou des attaques de délire hystéro-hypnotique qu'on attribue faussement à l'action du magnétisme animal.

2° Le marquis de Puységur et ses disciples directs : Deleuze, Pétetin, Foissac, Teste, etc., observent le somnambulisme provoqué, mais ils ne savent pas se débarrasser des doctrines fluidiques. Entraînés par l'attrait du merveilleux, ils s'imaginent que leurs sujets acquièrent, par le fait du sommeil somnambulique, des

[1] J.-M. Charcot, *Note sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation sur les hystéro-épileptiques* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1882).

[2] Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*. 2e édit. Paris, 1885.

[3] Bourneville et Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III, 1879-1880.

[4] Féré et Binet, *Le magnétisme animal*. Paris, 1887.

[5] Gilles de La Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. Paris, 1887.

[6] Heidenhain, *Der sogenannte thierische Magnetismus*. Leipzig, 1880.

[7] On trouvera des détails complets sur la bibliographie des travaux récents relatifs au magnétisme et à l'hypnotisme dans le livre de M. Max Dessoir ayant pour titre : *Bibliographie des modernen Hypnotismus*. Berlin, 1888.

facultés extraordinaires. Ils se perdent dans l'étude des prétendus phénomènes de double vue, de prescience, de transposition des sens.

3° L'abbé Faria et le Dr Braid nient l'existence du fluide magnétique. Ils démontrent qu'on peut provoquer le sommeil nerveux par la fixation de l'attention ou du regard; que ce sommeil est un phénomène naturel, dépendant de l'organisation des sujets en expérience et non pas de l'intervention directe et personnelle des opérateurs. Ils commencent à décrire avec précision les symptômes sensitifs, musculaires et psychiques de l'hypnose artificielle; ils découvrent les phénomènes de suggestion.

4° Les auteurs modernes complètent l'œuvre de Faria et de Braid en analysant avec plus de soin les causes et les symptômes du somnambulisme provoqué et en établissant la classification nosographique des diverses formes des états hypnotiques.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON

DES PROCÉDÉS D'HYPNOTISATION

SOMMAIRE

I. Procédés des magnétiseurs. Manœuvres conseillées par Mesmer, de Puységur, Deleuze, etc.

II. Procédés physiques. Méthode de Braid. Fixation du regard, audition de bruits monotones ou inattendus, excitations cutanées, etc. Démonstrations expérimentales.

III. Procédés psychiques. Méthode de l'abbé Faria. Rôle de la suggestion dans la production de l'hypnose expérimentale.

IV. Des conditions favorables à la production du sommeil hypnotique. Proportion des sujets hypnotisables et non hypnotisables. Influence de l'âge, du sexe, du tempérament, etc.

Messieurs,

Les manœuvres susceptibles de provoquer le sommeil hypnotique sont très nombreuses. Elles ont varié avec les idées qu'on s'est faites sur la nature de ce sommeil et se sont simplifiées à mesure que l'hypnotisme s'est dégagé des théories fluidiques. On peut les diviser en trois groupes : 1° les procédés des magnétiseurs ; 2° les procédés reposant sur des influences physiques ; 3° les procédés s'adressant uniquement à l'imagination des sujets.

I

Les procédés des magnétiseurs dérivent de cette idée fondamentale que l'expérimentateur influence le sujet en lui transmettant par des gestes, des attouchements ou des passes, une partie de son propre fluide magnétique. Mesmer en est l'inventeur. Dans l'instruction confiée à ses élèves et rédigée par demandes et par réponses, il donne dans les termes suivants le secret de sa méthode :

D. Comment faut-il toucher un malade pour lui faire éprouver les bienfaits du magnétisme?

R. Il faut d'abord se placer en face de ce malade, le dos tourné au nord, et approcher les pieds contre les siens; ensuite porter, sans appuyer, les deux pouces sur les plexus des nerfs qui se trouvent au creux de l'estomac et les doigts sur les hypocondres. Il est bon, de temps en temps, de promener les doigts sur les côtés et principalement vers la rate. Après avoir continué environ un quart d'heure cet exercice, on opère d'une autre manière, et cela relativement à l'état du malade.

D. Que doit-on faire avant de cesser le magnétisme?

R. Il faut chercher à mettre le magnétisme en équilibre dans toutes les parties du corps. On y parvient en présentant l'index de la main droite au sommet de la tête du côté gauche et en le faisant descendre, le long du visage, sur la poitrine et sur les extrémités inférieures. On peut, pour cette manœuvre, employer une baguette de verre en place du doigt.

De Puységur modifia les procédés du grand maître. Il considérait le corps de l'homme comme un grand aimant, dont les bras et surtout les mains représentaient les deux pôles. Pour magnétiser, il suffisait, d'après lui, de poser une main sur le dos ou sur la tête du sujet, l'autre sur son estomac, et de laisser tranquillement le fluide traverser son organisme. Pour le réveiller, il conseille de lui frotter légèrement les yeux, *en voulant qu'il les ouvre,* et jamais, dit-il, l'effet désiré ne manquera de se produire [1].

Deleuze préconise des pratiques plus compliquées. Il commence par poser en principe que « la première condition pour magnétiser, c'est de vouloir », car le fluide se porte dans la direction imprimée par la volonté. Il faut, de plus, que le magnétiseur ait confiance en ses forces. Il faut enfin, pour qu'un individu agisse sur un autre, qu'il existe entre eux une sympathie morale et physique. La sympathie morale s'établit par le désir de faire du bien à quelqu'un qui désire en recevoir; la sympathie physique, par les moyens suivants :

« Lorsqu'un malade désire que vous essayiez de le guérir par le magnétisme et que sa famille et son médecin n'y mettent aucune opposition; lorsque vous vous sentez le désir de seconder ses vœux et que vous êtes bien résolu de continuer le traitement autant qu'il sera nécessaire, fixez avec lui l'heure des séances; faites-lui promettre d'être exact, de ne pas se borner à un essai de quelques jours, de se conformer à vos conseils pour son régime, de ne parler du parti qu'il a pris qu'aux personnes qui doivent naturellement en être informées.

» Une fois que vous serez d'accord et bien convenus de traiter gravement la chose, éloignez du malade toutes les personnes qui pourraient vous gêner; ne gardez auprès de vous que les témoins nécessaires (un seul, s'il se peut), et demandez-leur de ne s'occuper nullement des procédés que

[1] De Puységur, *Magnétisme animal,* 1820.

vous employez et des effets qui en sont la suite, mais de s'unir d'intention avec vous pour faire du bien au malade. Arrangez-vous de manière à n'avoir ni trop chaud ni trop froid, à ce que rien ne gêne la liberté de vos mouvements, et prenez des précautions pour ne pas être interrompu pendant la séance.

» Faites ensuite asseoir votre malade le plus commodément possible et placez-vous vis-à-vis de lui, sur un siège un peu plus élevé et de manière que ses genoux soient entre les vôtres et vos pieds à côté des siens. Demandez-lui d'abord de s'abandonner, de ne penser à rien, de ne pas se distraire pour examiner les effets qu'il éprouvera, d'écarter toute crainte, de se livrer à l'espérance et de ne pas s'inquiéter ou se décourager si l'action du magnétisme produit chez lui des douleurs momentanées.

» Après vous être recueilli, prenez ses pouces entre vos doigts, de manière que l'intérieur de vos pouces touche l'intérieur des siens, et fixez vos yeux sur lui. Vous resterez de deux à cinq minutes dans cette position, ou jusqu'à ce que vous sentiez qu'il s'est établi une chaleur égale entre ses pouces et les vôtres; cela fait, vous retirez vos mains en les écartant à droite et à gauche et les tournant de manière que la surface intérieure soit en dehors, et vous les élèverez jusqu'à la hauteur de la tête; alors vous les poserez sur les deux épaules, vous les y laisserez environ une minute et vous les ramènerez le long des bras jusqu'à l'extrémité des doigts, en touchant légèrement. Vous recommencerez cette passe cinq ou six fois, en détournant vos mains et les éloignant un peu du corps pour remonter. Vous placerez ensuite vos mains au-dessus de la tête, vous les y tiendrez un moment et vous les descendrez, en passant devant le visage à la distance d'un ou de deux pouces jusqu'au creux de l'estomac; là, vous vous arrêterez environ deux minutes en posant les pouces sur le creux de l'estomac et les autres doigts au-dessous des côtes. Puis vous descendrez lentement le long du corps jusqu'aux genoux, ou mieux, si vous le pouvez sans vous déranger, jusqu'au bout des pieds. Vous répéterez les mêmes procédés pendant la plus grande partie de la séance. Vous vous rapprocherez aussi quelquefois du malade de manière à poser vos mains derrière ses épaules pour descendre lentement le long de l'épine du dos et, de là, sur les hanches et le long des cuisses jusqu'aux genoux ou jusqu'aux pieds. Après les premières passes, vous pouvez vous dispenser de poser les mains sur la tête et faire les passes suivantes sur les bras en commençant aux épaules, et sur le corps en commençant à l'estomac.

» Lorsque vous voudrez terminer la séance, vous aurez soin d'attirer vers l'extrémité des mains et vers l'extrémité des pieds, en prolongeant vos passes au delà de ces extrémités et secouant vos doigts à chaque fois. Enfin, vous ferez devant le visage et même devant la poitrine quelques passes en travers, à la distance de trois ou quatre pouces. Ces passes se font en présentant les deux mains rapprochées et en les écartant brusquement l'une de l'autre, comme pour enlever la surabondance de fluide dont le malade pourrait être chargé [1]. »

[1] Deleuze, *Instruction pratique sur le magnétisme animal.* Paris, 1825, p. 24.

Ces procédés ont été adoptés, avec de légères variantes de détails, par tous les magnétiseurs. Mais, depuis que l'inanité des théories fluidiques a été démontrée, ils n'ont plus qu'un intérêt historique. Les charlatans eux-mêmes ont renoncé à leur emploi.

II

Braid provoquait le sommeil hypnotique en faisant fixer un objet brillant.

« Prenez, dit-il, un objet brillant quelconque (j'emploie habituellement mon porte-lancettes) entre le pouce, l'index et le médius de la main gauche; tenez-le à distance de 25 à 45 centimètres des yeux, dans une position telle, au-dessous du front, que le plus grand effort soit nécessaire du côté des yeux et des paupières pour que le sujet regarde fixement l'objet. Il faut faire entendre au patient qu'il doit tenir constamment les yeux fixés sur l'objet et l'esprit uniquement attaché à ce seul objet. On observe que, à cause de l'action synergique des yeux, les pupilles se contracteront d'abord; peu après elles commenceront à se dilater et, après s'être considérablement dilatées et avoir pris un mouvement de fluctuation, si les doigts indicateur et médian de la main droite, étendus et un peu séparés, sont portés de l'objet vers les yeux, il est très probable que les paupières se fermeront involontairement avec un mouvement vibratoire. S'il n'en est pas ainsi ou si le patient fait *mouvoir* les globes oculaires, demandez-lui de recommencer, lui faisant entendre qu'il doit laisser les paupières tomber quand, de nouveau, vous porterez les doigts vers les yeux, mais que *les globes oculaires doivent être maintenus dans la même position et l'esprit attaché à la seule idée de l'objet au-dessus des yeux*. Il arrivera, en général, que les yeux se fermeront avec un mouvement vibratoire, c'est-à-dire d'une façon spasmodique... »

« C'est par suite d'un excès de fatigue de la faculté d'attention amené *par la pensée exclusivement attachée à un objet unique, à une idée unique, n'étant pas de nature excitante,* par suite d'un excès de fatigue dont souffre un système particulier de muscles, par suite de l'état résultant de la position incommode et forcée des yeux, de la suppression de la respiration et du repos en général, que se développe dans le cerveau et dans tout le système nerveux cet état particulier qui s'appelle hypnotisme ou sommeil nerveux... »

« Je réveille le patient en frappant dans les mains ou en frappant le malade par un coup sec de la paume sur le bras ou sur la jambe, ou bien encore par la pression ou le frottement des paupières, ou encore par un courant d'air projeté contre la face. A l'aide de ces moyens, je n'ai jamais manqué de rappeler mes sujets à eux rapidement [1]. »

[1] Braid, *Neurypnologie; Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme.* Traduction française de Jules Simon. Paris, 1883, p. 32, 49 et 51.

La fixation d'un foyer lumineux intense ou d'un objet quelconque, l'audition d'un bruit monotone comme le tic-tac d'une montre, ou d'un bruit violent et imprévu comme celui que produit un coup de gong, la compression légère des globes oculaires, la friction douce des paupières, les vibrations d'un diapason, la compression des opercules des oreilles, les excitations légères et répétées de la peau comme celles que produisent de petites chiquenaudes ou des frictions superficielles, le passage d'un courant électrique faible, l'application d'un aimant, etc., peuvent, chez beaucoup de sujets, donner lieu au sommeil hypnotique.

Il est bon de savoir que tous les sujets ne sont pas également accessibles à ces divers procédés d'hypnotisation. Une de nos malades s'endort très facilement par la compression des globes oculaires et résiste à la fixation du regard; une autre peut regarder très longtemps, sans en être influencée, un foyer lumineux intense et s'endort en quelques secondes quand on comprime ses opercules des oreilles. M. de Jong (de La Haye) raconte qu'un monsieur qu'il avait essayé d'endormir à plusieurs reprises et par plusieurs méthodes, sans aucun résultat, fut mis en quelques minutes en état cataleptique par la friction d'un certain point du crâne[1].

Pour réveiller les sujets hypnotisés, il suffit, en général, de souffler brusquement sur leur front. Quelquefois il est nécessaire de soulever leurs paupières et de diriger le souffle sur les globes oculaires eux-mêmes.

Le sommeil et le réveil peuvent être obtenus très facilement, chez beaucoup d'hystériques, par la pression de certains points limités du corps qu'on désigne sous le nom de *zones hypnogènes*. Nous nous occuperons tout spécialement de ce procédé dans la prochaine leçon. Pour le moment, je désire vous faire constater *de visu* les effets des manœuvres hypnogènes dont nous venons de nous entretenir.

Voici une malade, Jeanne M..., qui va nous servir aux expériences que je crois utile de vous montrer. Je la fais approcher et, lui mettant un miroir entre les mains, je la prie de regarder fixement sa propre image dans la glace. Après quelques secondes, elle fait une inspiration profonde, et vous pouvez constater qu'elle est déjà endormie. Elle est, en effet, immobile comme une statue, et si je soulève ses bras, ils restent dans les positions où je les place.

[1] *Compte rendu du premier Congrès de l'hypnotisme*. Paris, 1890, p. 192.

Il n'y a, dans cette expérience, ni fluide en circulation ni intervention directe d'une personne étrangère. On n'a pas endormi la malade, elle s'est endormie toute seule. Cela vous prouve bien que le sommeil hypnotique est un phénomène subjectif qui dépend de conditions inhérentes au sujet et non pas de vertus particulières appartenant à l'opérateur.

Nous allons réveiller notre malade en soufflant brusquement sur ses yeux, et procéder à une nouvelle expérience qui nous permettra d'analyser de plus près certaines conditions de la production des états hypnotiques.

Jeanne étant assise sur une chaise, je place ma montre au voisinage de son oreille, en la priant d'en écouter attentivement le tic-tac. Dix secondes après, vous la voyez faire, comme tout à l'heure, une large inspiration. Elle est endormie, car ses membres soulevés conservent les attitudes qu'on leur donne, mais ses yeux sont encore largement ouverts. Attendons encore quelques secondes : voilà que ses paupières s'abaissent, les membres restant toujours dans les positions que nous leur avons données. Ne retirons pas encore la montre, et regardez bien ce qui va se passer. Tout à coup, les membres se relâchent, la malade s'affaisse sur elle-même, glisse de sa chaise et s'étend sur le plancher comme une masse inerte.

La même influence a donc produit, par le fait seul de sa prolongation, trois formes différentes de l'état hypnotique. Dans la première, qu'on appelle l'*état cataleptoïde les yeux ouverts,* la malade ressemblait à une personne éveillée puisqu'elle pouvait se tenir assise et qu'elle avait les paupières largement ouvertes; dans la seconde, qu'on appelle l'*état cataleptoïde les yeux fermés,* elle ressemblait à une personne endormie; dans la troisième, qu'on désigne sous le nom d'*état léthargique,* elle est devenue inerte comme un cadavre.

Nous étudierons plus tard les caractères de ces différents états. Ce que je veux vous faire constater aujourd'hui, c'est la facilité avec laquelle ils se produisent et se transforment l'un en l'autre. Vous les avez vus se succéder dans un certain ordre, vous allez les voir apparaître dans un ordre inverse. J'exerce une pression modérée sur l'ovaire droit de la malade, et elle passe de l'état léthargique à l'état cataleptoïde les yeux fermés; une pression plus forte la ramène à l'état cataleptoïde les yeux ouverts; une pression plus forte encore la réveille complètement.

Ces observations doivent vous faire comprendre comment, en variant les procédés d'hypnotisation, on doit nécessairement obtenir des effets différents. Nous allons vérifier cette proposition en dirigeant autrement l'expérience. Je me place à quelques mètres de la malade et je la prie de me fixer attentivement; au bout d'une quinzaine de secondes, elle fait l'inspiration profonde que vous connaissez déjà et s'endort en *état cataleptoïde les yeux ouverts;* mais elle aura beau continuer de me regarder, elle restera dans cette phase du sommeil hypnotique; l'excitation n'est pas suffisante pour la plonger dans une phase plus profonde du sommeil. Que si, au contraire, après l'avoir réveillée, je la fixe brusquement en mettant mon visage à quelques centimètres du sien, elle tombe d'emblée dans l'*état léthargique,* c'est-à-dire dans la phase la plus profonde du sommeil provoqué. Il importe donc de tenir compte, dans les expériences relatives à l'hypnotisme, non seulement de la nature de l'excitation hypnogène, mais aussi de son intensité et de sa durée. Si les observateurs ont été souvent en désaccord sur la description des phénomènes hypnotiques, c'est presque toujours parce qu'ils se sont placés dans des conditions expérimentales différentes.

III

Convaincu que le fluide magnétique n'existait pas et que les effets attribués au magnétisme animal étaient le résultat de modifications psychiques, dues en majeure partie à l'imagination des sujets soumis aux expériences, l'abbé Faria abandonna les *passes* et s'efforça de produire le sommeil nerveux en persuadant à ses sujets qu'ils devaient dormir. Son procédé est très simple; il est décrit dans les termes suivants par le général Noizet :

« On fait placer commodément dans un fauteuil la personne qui consent à se soumettre à l'expérience; on lui fait fermer les yeux pour éviter toute cause de distraction; on a soin aussi de faire observer un grand silence autour d'elle; on lui recommande enfin de s'abandonner au sommeil sans résistance, et, pour diminuer l'action des idées passagères qui pourraient occuper son cerveau, celui qui entreprend l'expérience s'engage à concentrer toute son attention sur lui, sans contention d'esprit, sans idées déterminées, s'il est possible. Lorsque l'on a ainsi disposé cette personne à éprouver les effets du sommeil, on lui exprime avec fermeté le commandement de dormir. A ce commandement, elle éprouve souvent une commotion dont

elle ne saurait se défendre, et en même temps elle sent un premier degré d'assoupissement. Si l'on agit ainsi pour la première fois, il devient ordinairement nécessaire de répéter le commandement à plusieurs reprises pour obtenir le sommeil. L'effet est quelquefois plus certain en appuyant un doigt sur le front de la personne qu'on endort ou en l'agitant brusquement par les épaules. Dans tous les cas, si elle doit s'endormir, cet effet ne se fera pas attendre plus de deux ou trois minutes... L'effet sera d'autant plus sûr qu'en agissant ainsi on aura montré plus de confiance et que la personne soumise à l'expérience aura une plus haute idée de la puissance de celle qui agit sur elle. Si elle a déjà vu quelque autre personne s'endormir de cette manière, ce sera une nouvelle cause morale qui augmentera l'action de sa volonté[1]. »

C'est exactement de la même façon que procèdent aujourd'hui MM Liébeault, Bernheim, Liégeois, Beaunis, etc. Voici d'ailleurs les détails de la méthode d'après M. Bernheim :

« Je commence par dire au malade que je crois devoir avec utilité le soumettre à la thérapeutique hypnotique; qu'il est possible de le guérir ou de le soulager par le sommeil; qu'il ne s'agit d'aucune pratique nuisible ou extraordinaire; que c'est un *simple sommeil* qu'on peut provoquer chez tout le monde, sommeil calme, bienfaisant, qui rétablit l'équilibre du système nerveux, etc.; au besoin, je fais dormir devant lui un ou deux sujets pour lui montrer que ce sommeil n'a rien de pénible, ne s'accompagne d'aucune expérience, et quand j'ai éloigné ainsi de son esprit la préoccupation que font naître l'idée du magnétisme et la crainte un peu mystique qui est attachée à cet inconnu, surtout quand il a vu des malades guéris ou améliorés à la suite de ce sommeil, il est confiant et se livre. Alors je lui dis : « Regardez-moi bien et ne songez qu'à dormir. Vous allez » sentir une lourdeur dans les paupières, une fatigue dans vos yeux; ils » clignotent, ils vont se mouiller; la vue devient confuse; ils se ferment. » Quelques sujets ferment les yeux et dorment immédiatement. Chez d'autres je répète, j'accentue davantage, j'ajoute le geste; peu importe la nature du geste. Je place deux doigts de la main droite devant les yeux de la personne et je l'invite à les fixer, ou bien, avec les deux mains, je passe plusieurs fois de haut en bas devant ses yeux; ou bien encore je l'engage à fixer les miens et je tâche en même temps de concentrer toute son attention sur l'idée du sommeil. Je dis : « Vos paupières se ferment, vous ne pouvez plus » les ouvrir. Vous éprouvez une lourdeur dans les bras, dans les jambes; » vous ne sentez plus rien, vos mains restent immobiles, vous ne voyez » plus rien; le sommeil vient. » Et j'ajoute d'un ton un peu impérieux : « Dormez! » Souvent ce mot emporte la balance; les yeux se ferment, le malade dort...

» Pour obtenir le réveil immédiat, je procède par suggestion vocale

[1] Général Noizet, *Mémoire sur le somnambulisme*, p. 85, 86 et 87.

comme pour obtenir le sommeil. Je dis : « C'est fini; réveillez-vous! » Et ce mot prononcé même à voix basse suffit, chez les sujets déjà plusieurs fois hypnotisés, pour obtenir un réveil immédiat. Chez quelques-uns il faut répéter l'injonction : « Vos yeux s'ouvrent, vous êtes réveillé. » Si cela ne suffit pas, l'action de souffler une ou plusieurs fois sur les yeux provoque le réveil; jamais je n'ai dû recourir à d'autres procédés, tels que les aspersions d'eau froide; le réveil a toujours été on ne peut plus facile [1]. »

La production du sommeil par voie de suggestion peut être variée de mille façons différentes.

On dit à une personne facilement hypnotisable : « Vous allez compter de un à six et vous vous endormirez quand vous arriverez à six, » et les choses se passent comme on l'a dit. Ou bien encore : « Vous vous endormirez en arrivant à tel endroit, en ouvrant telle porte, en touchant tel objet, » et le malade s'endort en arrivant à l'endroit désigné, en ouvrant la porte indiquée, en touchant l'objet signalé à son attention.

Chose curieuse! ces procédés de suggestion indirecte réussissent parfois fort bien sur des personnes qui restent indifférentes à l'injonction impérative. Ainsi, l'une de nos malades, la nommée Louise F..., reste éveillée quand on lui ordonne vivement de dormir; mais si on lui donne une boîte d'allumettes en lui disant qu'elle s'endormira en l'ouvrant, elle s'endort, en effet, quand elle l'ouvre. Inversement, Albertine M... s'endort brusquement quand on lui dit impérativement de dormir, et elle reste éveillée quand elle ouvre la boîte d'allumettes qui est censée devoir l'endormir.

Nous avons déjà eu l'occasion de constater plusieurs fois, à propos d'autres phénomènes hystériques, cette différence d'action des *suggestions impératives* et des *suggestions par persuasion* [2]. D'autres observateurs ont relevé des faits analogues. C'est ainsi que M. de Jong (de La Haye) a réussi à hypnotiser plusieurs fois des malades, qui ne s'étaient pas montrés susceptibles à la plupart des méthodes connues, en les faisant respirer profondément les yeux fermés, et en leur donnant l'assurance qu'ils s'endormiraient après un certain nombre de respirations [3].

En somme, l'attente du sommeil hypnotique, la conviction qu'il ne saurait manquer de se produire dans les conditions et au

[1] Bernheim, *De la suggestion et de ses applications thérapeutiques*. Paris, 1886, p. 1 et 11.

[2] Voyez t. I, leçon XIII[e], p. 164-165, et leçon XXIX[e], p. 381.

[3] *Premier Congrès international de l'hypnotisme*. Paris, 1890, p. 192.

moment désignés par l'expérimentateur, suffisent souvent pour déterminer l'hypnose.

L'expérience suivante a été faite maintes fois à la Salpêtrière et peut être facilement reproduite par tout le monde. Persuadez à une malade hypnotisable que, de chez vous, à une heure déterminée, vous l'endormirez. A l'heure dite, elle devient inquiète, quitte son travail et s'endort.

M. Heidenhain a fait des observations identiques sur des personnes non hystériques. Le 1er février 1880, dit-il, on annonce à l'étudiant Friedländer que le soir du même jour, à quatre heures, il sera magnétisé à distance, et on l'engage à regarder sa montre un peu avant quatre heures pour vérifier lui-même l'exactitude de cette assertion. Le Dr Rügner, son voisin, fut chargé de l'observer et, à l'heure dite, Friedländer s'endormit. La même expérience fut répétée avec succès sur deux de ses camarades, qui subirent aussi les effets de la « représentation intensive du sommeil »[1].

Les effets sont les mêmes quand l'idée du sommeil est suggérée aux sujets par correspondance ou par téléphone, ainsi que l'a démontré M. Liégeois. Cet observateur distingué écrit à une jeune fille qu'il avait hypnotisée antérieurement :

« Mademoiselle, moins d'une minute après que vous aurez lu ces lignes, vous dormirez, que vous y consentiez ou non. — Vous vous éveillerez au bout de cinq minutes. — Vous ne pourrez plus ensuite lire ce billet sans vous endormir pendant cinq minutes. — Dormez[2]. »

Et la jeune fille, après avoir lu ce billet, s'endort comme si M. Liégeois, placé près d'elle, lui en avait donné l'ordre de vive voix.

Ces expériences sont fort intéressantes; elles démontrent d'une façon positive que le sommeil hypnotique peut être provoqué, chez certains sujets, par des influences purement psychiques. Mais elles ne prouvent pas que d'autres influences ne puissent aboutir au même résultat et M. Bernheim s'avance, je crois, beaucoup trop quand il soutient que toutes les manœuvres hypnogènes n'agissent, en définitive, que par suggestion.

« Sans doute, dit-il, Braid a pu endormir des sujets par la fixation d'un objet brillant sans les prévenir qu'ils allaient dormir. Mais la fatigue des paupières est une sensation qui, chez certains, donne au sensorium l'idée

[1] Heidenhain, *Ueber die sogenannte thierische Magnetismus*. Leipzig, 1880.
[2] Jules Liégeois, *De la suggestion et du somnambulisme*. Paris, 1889, p. 110 et 729.

du sommeil. C'est la sensation qui suggère l'hypnose... L'occlusion des yeux, l'absence d'impression visuelle, l'obscurité concentrent l'esprit sur lui-même, l'empêchent de se distraire au dehors, créent l'image du sommeil; c'est une invite au sommeil; c'est une sensation qui réveille, par habitude ou par action réflexe, tous les autres phénomènes du sommeil...

» Les passes, les attouchements, les excitations sensorielles ne réussissent que lorsqu'elles sont associées à l'idée donnée au sujet ou devinée par lui, qu'il doit dormir... Les gestes ne sont utiles que pour renforcer la suggestion en l'incarnant dans une pratique matérielle propre à concentrer l'attention du sujet. Tous ces procédés divers se réduisent en réalité à un seul : la suggestion. Impressionner le sujet et faire pénétrer l'idée du sommeil dans son cerveau, tel est le problème[1]. »

L'observation ne justifie pas, ce me semble, des opinions aussi radicales. Que la suggestion joue un rôle important, parfois même exclusif, dans la provocation de l'hypnose expérimentale, nul ne songe à le contester; mais dire qu'elle est seule capable de produire le sommeil hypnotique, que les excitations sensorielles ne sont utiles que pour suggérer l'idée du sommeil, c'est aller à l'encontre d'un bon nombre de faits très bien observés, dans lesquels on voit le sommeil se produire *à l'insu* des sujets et dans des circonstances telles qu'il est impossible d'invoquer la suggestion. A la Salpêtrière, par exemple, on a pu endormir subitement des malades *non prévenues,* en projetant sur leur visage un rayon de lumière électrique ou en frappant un coup de gong dans une pièce voisine au moment où elles ne s'y attendaient pas. M. P. Richer raconte qu'un jour de Fête-Dieu, plusieurs hystériques qui suivaient la procession furent rendues cataleptiques par la fanfare militaire. Une malade, profitant d'un jour de sortie, va au concert du Châtelet et s'endort trois fois pendant l'exécution des morceaux de musique au bruit de la grosse caisse. Une de nos hystériques, assistant à un feu d'artifice, tombe en catalepsie au milieu de la foule quand éclatent les premières fusées. Une malade de M. Landouzy[2] tombe en léthargie quand, sans l'en prévenir et sans qu'elle puisse le voir, on approche un aimant de sa peau, tandis qu'elle reste parfaitement éveillée si on remplace l'aimant par un morceau de fer non aimanté, etc. D'où est venue, dans ces cas, la suggestion provocatrice du sommeil?

[1] Bernheim, *Prémier Congrès de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique.* Paris, 1890, p. 84.

[2] Landouzy, *Relation d'un cas de léthargie provoquée par l'application d'un aimant* (*Progrès médical,* 1879, p. 60).

De quelque façon qu'on explique leur action, certaines excitations sensorielles ont une influence directe sur la production de l'hypnose expérimentale. Aussi, j'estime qu'il faut y avoir recours quand on veut endormir un malade pour la première fois. A mon avis, la méthode la plus simple consiste à faire fixer un objet brillant qu'on place d'abord à trente ou quarante centimètres de front et qu'on rapproche lentement de façon à produire une fatigue progressive des yeux par le fait de la convergence de plus en plus marquée du regard. Quelquefois on sera obligé, pour obtenir le sommeil, d'abaisser doucement les paupières et d'exercer une pression légère sur les globes oculaires. On pourra du reste, en même temps, faire de la suggestion par persuasion ou par injonction impérative.

IV

Tout le monde n'est pas également hypnotisable. Beaucoup de personnes peuvent même regarder indéfiniment une lumière brillante, écouter un bruit monotone ou entendre frapper des coups de gong, sans tomber pour cela dans le sommeil hypnotique. Quelle est la proportion exacte des sujets accessibles aux manœuvres hypnogènes? Quelles sont les conditions d'âge, de sexe, de tempérament qui favorisent la production de l'hypnose artificielle? Telles sont les questions que se sont posées plusieurs auteurs, sans qu'il leur ait été possible d'arriver à leur donner des solutions définitives.

D'après M. Liébeault, sur cent sujets sains, pris au hasard, sans tenir compte du sexe, de l'âge, de la constitution, quatre-vingt-quinze environ seraient hypnotisables. D'après M. Bottey, ce dernier chiffre serait fort exagéré : il devrait être réduit de plus des deux tiers; il serait seulement de dix pour cent d'après M. Seppilli.

Ce qui rend les statistiques de ce genre très difficiles à établir et à comparer entre elles, c'est que les résultats obtenus varient beaucoup avec le *modus operandi*. Tel sujet qui n'est pas influencé par une première tentative d'hypnotisation prolongée pendant dix, quinze ou vingt minutes, pourra fort bien s'endormir si l'expérience dure plus longtemps, ou si elle est renouvelée à plusieurs reprises, ou si elle est faite avec d'autres procédés.

Plusieurs auteurs prétendent que l'aptitude à subir l'influence

hypnotique est plus grande chez les femmes que chez les hommes, qu'elle atteint son maximum chez les sujets âgés de quinze à vingt-cinq ans. Les statistiques de M. Liébeault ne confirment pas ces proportions. En lisant les chiffres qu'il a publiés, on constate que le sommeil hypnotique se produit également bien chez les enfants, les jeunes gens et les adultes, et qu'il est aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes[1].

Au dire de M. Heidenhain, les personnes pâles, anémiques et douées d'une vive sensibilité morale et physique, sont celles qu'on hypnotise le plus aisément. Les enfants et les idiots ne peuvent pas être hypnotisés parce qu'ils sont incapables d'attention soutenue.

Le sommeil nerveux s'établit plus facilement chez les personnes qui ont assisté antérieurement à des expériences d'hypnotisme; mais cette condition n'est pas nécessaire. M. Heidenhain a démontré que les symptômes de ce sommeil peuvent se produire chez des adultes qui n'ont jamais entendu parler d'hypnotisme et qui ne savent pas ce qu'on a l'intention de faire. Des expériences de O. Berger[2], confirmées par M. Gschleiden[3], prouvent, d'autre part, qu'on peut, par des manœuvres dont les sujets n'ont aucune conscience, transformer le sommeil naturel en sommeil hypnotique. M. Berger a réussi à produire cette transformation en tenant ses mains chaudes à peu de distance de la tête de personnes profondément endormies, ou en faisant sur elles des applications unipolaires de courants continus[4].

On a beaucoup discuté au sujet des rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme. Certains auteurs soutiennent que toutes les personnes hypnotisables sont plus ou moins hystériques; d'autres affirment qu'il n'y a aucun rapport entre l'hystérie et l'aptitude

[1] Voyez Liégeois, *op. cit.*, p. 96 et suivantes.

[2] O. Berger, *Hypnotische Zustande und ihre Genese* (*Breslauer ærz.*, *Zeitschr.* 1880).

[3] Gschleiden, *Die Erscheinungen des sogenannten thierischen Magnetismus* (*Augsbürger allgemeine Zeitung*, 1880).

[4] Les premières expériences relatives à la transformation du sommeil naturel en sommeil hypnotique ont été faites en 1820 par le général Noizet. « J'ai tenté deux fois, dit-il (*op. cit.*, p. 193), l'épreuve suivante et elle m'a réussi. Elle consiste à s'approcher pendant la nuit d'une personne que l'on suppose profondément endormie et à lui appliquer légèrement le doigt sur le front ou mieux encore sur le creux de l'estomac. Après être resté ainsi pendant quelques minutes, on interroge cette personne, et souvent il arrive qu'elle répond sans se réveiller et qu'elle présente alors les caractères du somnambulisme. »

MM. Liébeault et Bernheim (*Revue de l'hypnotisme*, t. I, p. 135), Delbeuf (*Revue de l'hypnotisme*, t. II, 1888, p. 289), Rifat (*Revue de l'hypnotisme*, t. II, 1888, p. 297) ont vérifié le fait à maintes reprises.

à être influencé par les manœuvres hypnogènes. La question est trop complexe pour que nous cherchions à la trancher aujourd'hui. Nous la traiterons en détail dans une prochaine leçon.

Le sommeil se produit d'autant plus facilement et d'autant plus rapidement que les sujets ont été plus souvent hypnotisés. Il y a une sorte d'*éducation hypnotique* en vertu de laquelle la sensibilité aux influences hypnogènes augmente à mesure qu'on répète les séances d'hypnotisation. M. Ch. Richet raconte à ce propos l'histoire d'une malade de l'hôpital Beaujon qu'il ne put endormir dans une première séance; une seconde tentative amena le sommeil après dix minutes; dans une troisième, l'hypnose survint après cinq minutes, et peu après la malade devint tellement sensible aux actions hypnogènes qu'il suffisait d'un coup d'œil, d'un geste, d'un mot, pour l'endormir instantanément[1]. C'est là l'histoire de presque tous les sujets qui servent à des expériences fréquentes.

D'après M. Ochorowicz, les sujets hypnotisables présenteraient une sensibilité particulière à l'action de l'aimant. Un aimant circulaire appliqué sur un de leurs doigts déterminerait, après deux minutes, de l'engourdissement, des fourmillements, de la rigidité, des contractures, tous phénomènes qui ne se produiraient pas sur les sujets non hypnotisables[2]; mais ces observations n'ont pas été contrôlées par d'autres auteurs et, dans l'état actuel de nos connaissances, rien ne permet de reconnaître *a priori* si telle personne déterminée doit s'endormir facilement et telle autre ne pas s'endormir du tout.

[1] Ch. Richet, *L'homme et l'intelligence*, in-8°. Paris, 1884, p. 223.

[2] Ochorowicz, *Sur un critère de la sensibilité hypnotique* (*Société de biologie*, 17 mai 1884) et l'*Hypnoscope* (*Revue de l'hypnotisme*, 1er août 1886, p. 49).

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON

DES ZONES HYPNOGÈNES

SOMMAIRE

I. Définition, description, division des zones hypnogènes.
II. Étude expérimentale des zones hypnogènes sur trois hystériques du service.
III. Différences entre les zones spasmogènes et les zones hypnogènes.
IV. Effets de l'excitation des zones hypnogènes à l'insu ou contre la volonté des sujets. Conséquences médico-légales.

MESSIEURS,

Je vous ai indiqué, dans la précédente leçon, les principaux moyens qu'on peut employer pour provoquer le sommeil hypnotique, mais je n'ai fait que vous signaler incidemment un procédé d'hypnotisation très simple et très pratique qui consiste à exciter certains points limités du corps des hystériques. Vous allez en voir tout de suite les effets. Voici une malade chez laquelle il réussit toujours parfaitement; je la fais approcher et je comprime légèrement son pli du coude gauche : elle fait aussitôt une petite inspiration et tombe dans la phase du sommeil hypnotique que vous connaissez sous le nom d'*état cataleptoïde*. Je presse maintenant son ovaire droit et elle revient subitement à l'état de veille.

Il y a là, vous le voyez, un phénomène des plus nets et des plus intéressants, un exemple nouveau de l'influence qu'exercent les excitations périphériques sur le fonctionnement des centres nerveux, par un mécanisme dont nous ignorons encore les détails, mais dont nous avons déjà constaté certains effets en étudiant les zones spasmogènes et spasmo-frénatrices[1].

[1] Voyez t. I, leçons XIXe et XXe, p. 234 et 249.

I

Je désigne sous le nom générique de *zones hypnogènes,* des *régions circonscrites du corps dont la pression a pour effets : soit de provoquer instantanément le sommeil hypnotique, soit de modifier les phases du sommeil artificiel, soit de ramener brusquement à l'état de veille les sujets préalablement hypnotisés.*

Bien que l'étude des zones hypnogènes n'ait encore, à ma connaissance, été l'objet d'aucun travail d'ensemble, il existe cependant dans la science un petit nombre de documents qui se rapportent manifestement à leur histoire. Ainsi MM. Charcot et Richer ont observé que la pression du vertex sur les hystériques en état léthargique était susceptible de transformer l'état léthargique en état somnambulique. Plus tard, M. Dumontpallier a montré que cette même pression du vertex, pratiquée sur des hystériques à l'état de veille, suffisait, dans un certain nombre de cas, pour provoquer d'emblée le sommeil hypnotique. Enfin, il est, depuis longtemps, de notion courante à la Salpêtrière que la compression ovarienne n'agit pas seulement sur les attaques convulsives, mais qu'elle peut aussi dissiper instantanément le sommeil provoqué.

Il ressort des observations que j'ai faites depuis trois ans sur les hystériques du service, que l'étude des zones hypnogènes est, en réalité, beaucoup plus étendue et beaucoup plus complexe que ne tendrait à le faire supposer la pénurie des documents que je viens de vous signaler.

Et d'abord, ces zones ne siègent pas seulement au niveau du vertex et dans la région ovarienne. On peut en rencontrer sur presque tous les points du corps, aussi bien sur les membres que sur le tronc et la tête[1].

Leur nombre est très variable d'un sujet à l'autre. Sur certaines malades on n'en trouve que quatre ou cinq, sur d'autres on en

[1] On peut également en observer sur les muqueuses. M. le Dr Mandé a observé le fait suivant : Une femme de vingt-deux ans était devenue sujette, après un accouchement, à des attaques de sommeil provoquées par le coït. M. Mandé l'examina et trouva à l'orifice vulvaire une cicatrice dont le toucher fit apparaître aussitôt l'état de sommeil hypnotique. La pression ovarienne réveilla subitement la malade. L'ablation de la cicatrice amena la guérison du sommeil pathologique. (*Journal de médecine de Picardie,* anal. *in : Courrier médical,* 19 mai 1883.)

rencontre un nombre considérable, vingt, trente, cinquante et plus encore. Enfin, il importe de savoir que leur existence n'est pas constante et qu'on peut n'en pas découvrir une seule chez certaines hystériques, même chez des hystériques facilement hypnotisables par la fixation du regard ou par d'autres procédés.

La peau qui recouvre les zones hypnogènes ne présente extérieurement aucun caractère qui la signale à l'attention du médecin. Elle a la même coloration, la même température que les parties voisines des téguments. Elle n'est habituellement le siège d'aucun trouble trophique. Aussi, pour trouver les zones hypnogènes, faut-il en faire la recherche en explorant attentivement les différents points du corps des malades. C'est vraisemblablement à cause de cette absence de signes révélateurs que les zones hypnogènes ont échappé jusqu'à présent à l'attention de la plupart des observateurs qui ont attaché leur nom à l'étude scientifique de l'hystérie et des phénomènes hypnotiques chez les hystériques.

Les zones hypnogènes sont souvent, mais non pas toujours, symétriquement répandues sur les deux côtés du corps. Chez les malades qui sont hémianesthésiques, on les rencontre indifférement du côté hémianesthésié et du côté qui a conservé sa sensibilité normale.

Habituellement, leur étendue est très limitée. Dans la plupart des cas, elles mesurent de un à quatre ou cinq centimètres de diamètre. Quelquefois, mais rarement, leur surface est beaucoup plus large et peut être évaluée à deux ou trois décimètres carrés.

La pression brusque est le mode d'excitation le plus sûrement efficace des zones hypnogènes. Dans un bon nombre de cas, des excitations tout à fait superficielles de la peau qui les recouvre suffisent à mettre en jeu leur excitabilité. Le frôlement léger avec un corps étranger résistant ou non (avec un pinceau à aquarelle, par exemple, ou avec un fragment de papier roulé), l'insufflation simple, le contact de quelques gouttes d'eau chaude ou froide, le rayonnement d'un objet à température élevée, la pulvérisation de quelques gouttes d'éther, le passage d'une secousse électrique peuvent, dans ces cas, provoquer, modifier ou faire cesser le sommeil hypnotique. Mais toutes les zones hypnogènes ne répondent pas à des excitations aussi superficielles, et pour être certain qu'une région déterminée du corps est ou n'est pas hypnogène,

il convient d'en faire l'exploration méthodique en exerçant sur elle une compression assez forte.

Lorsque cette compression est pratiquée sur les zones elles-mêmes, elle provoque *instantanément* les effets spécifiques qui caractérisent les zones hypnogènes. Pratiquée en dehors des zones, elle ne détermine aucun de ces effets; elle peut donner lieu à une douleur plus ou moins vive, mais elle n'endort pas les malades éveillés et ne réveille pas les malades endormis. Les actions hypnogènes que nous étudions ne sont donc pas le résultat d'irritations banales de la peau ou des tissus profonds chez des sujets particulièrement excitables. Elles dépendent directement de l'excitation de certains points limités jouissant de propriétés spéciales. Elles se produisent aussitôt que l'excitation est appliquée sur ces points spéciaux et ne se produisent plus quand la même excitation est portée sur les régions voisines indifférentes.

De même que les zones spasmogènes avec lesquelles elles ont de nombreuses analogies, les zones hypnogènes peuvent être divisées en *zones cutanées, zones sous-cutanées* et *zones viscérales*, selon qu'il faut des excitations superficielles ou profondes pour provoquer leur activité.

D'après la nature des effets qui résultent de leur excitation, les zones hypnogènes doivent être séparées en plusieurs groupes distincts. Les unes provoquent le sommeil hypnotique, ce sont les *zones hypnogènes proprement dites;* les autres le font cesser brusquement, ce sont les *zones hypno-frénatrices.*

Dans le groupe des zones hypnogènes proprement dites, il faut distinguer trois variétés :

1° Les *zones hypnogènes simples,* dont la pression pratiquée sur des sujets à l'état de veille détermine invariablement, quel que soit le degré de la pression, une phase, toujours la même, du sommeil hypnotique;

2° Les *zones hypnogènes à effets successifs,* dont la pression donne lieu successivement à des phases de plus en plus profondes du sommeil provoqué, à mesure que cette pression devient de plus en plus énergique;

3° Les *zones hypnogènes à effets incomplets,* dont la pression ne produit pas le sommeil lorsque les malades sont à l'état de veille, mais peut modifier les phases du sommeil hypnotique chez les sujets préalablement endormis et les faire passer, par exemple, de l'état cataleptoïde à l'état léthargique.

Pour des raisons identiques, il convient de diviser le groupe des zones hypno-frénatrices en :

1° *Zones hypno-frénatrices simples,* dont la pression pratiquée chez des sujets hypnotisés provoque brusquement et sans transition le retour à l'état de veille;

2° *Zones hypno-frénatrices à effets successifs,* dont la pression pratiquée sur des sujets préalablement placés dans les phases les plus profondes du sommeil hypnotique amène le retour à l'état de veille, en faisant successivement apparaître les stades intermédiaires entre le sommeil le plus profond et le réveil complet;

3° *Zones hypno-frénatrices à effets incomplets,* dont la pression ne réveille pas complètement les malades plongés dans le sommeil hypnotique, mais peut cependant les faire passer d'une phase plus profonde à une phase moins profonde du sommeil provoqué, de la phase léthargique, par exemple, à la phase cataleptoïde.

Toutes ces divisions vous paraîtront peut-être bien subtiles. J'espère cependant vous démontrer leur légitimité, voire même leur nécessité, en examinant avec vous les zones hypnogènes de quelques malades du service que j'ai fait venir à l'amphithéâtre pour vous mettre en mesure de constater *de visu* l'exactitude des faits que j'ai avancés jusqu'à présent.

II

Commençons, si vous le voulez bien, par Pauline T..., dont nous avons déjà étudié ensemble, il y a quelque temps, les zones spasmogènes et spasmo-frénatrices *(fig. 14)*[1].

Cette malade est très facilement hypnotisable par les procédés ordinaires. Elle possède, en outre, plusieurs espèces de zones hypnogènes, par l'excitation desquelles on peut instantanément provoquer ou faire cesser le sommeil hypnotique.

a) Nous lui connaissons d'abord une dizaine de *zones hypnogènes simples.* Deux sont situées sur la ligne médiane (1° racine du nez; 2° région hypogastrique, à quatre centimètres au-dessus du pubis). Quatre sont distribuées sur la moitié droite du corps (pavillon de l'oreille, région mammaire, face antérieure de la cuisse, malléole interne). Les autres occupent différents points

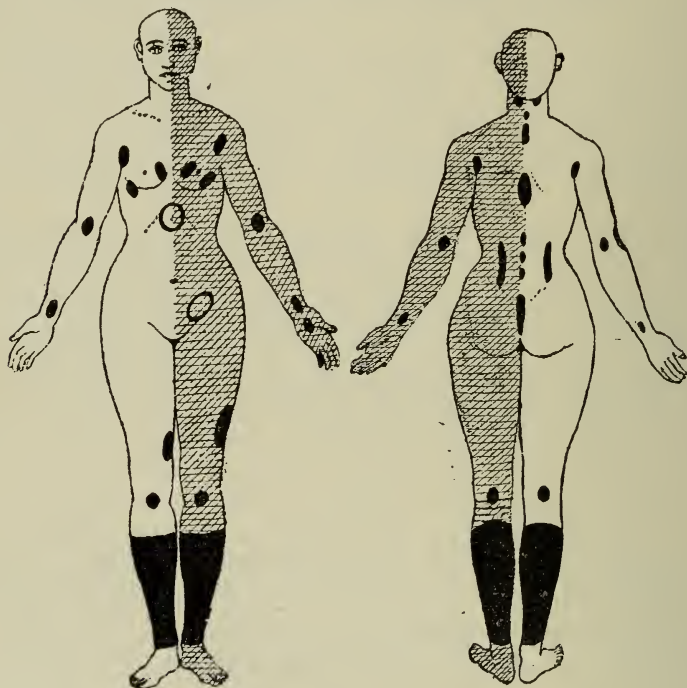
[1] Voyez pour la description de ces zones spasmogènes t. I, leçon XX[e], p. 250.

du côté gauche qui est également le siège d'une hémianesthésie permanente (région mammaire, extrémité externe du pli fessier, malléole externe) *(fig. 15)*.

Chacune de ces zones mesure deux ou trois centimètres de diamètre environ; la plus étendue de toutes, celle qui occupe la région fessière gauche, ne dépasse pas dix centimètres de diamètre.

La pression de l'une ou l'autre d'entre elles, pendant que la malade est éveillée, provoque immédiatement le sommeil hypno-

Fig. 14. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Pauline T...



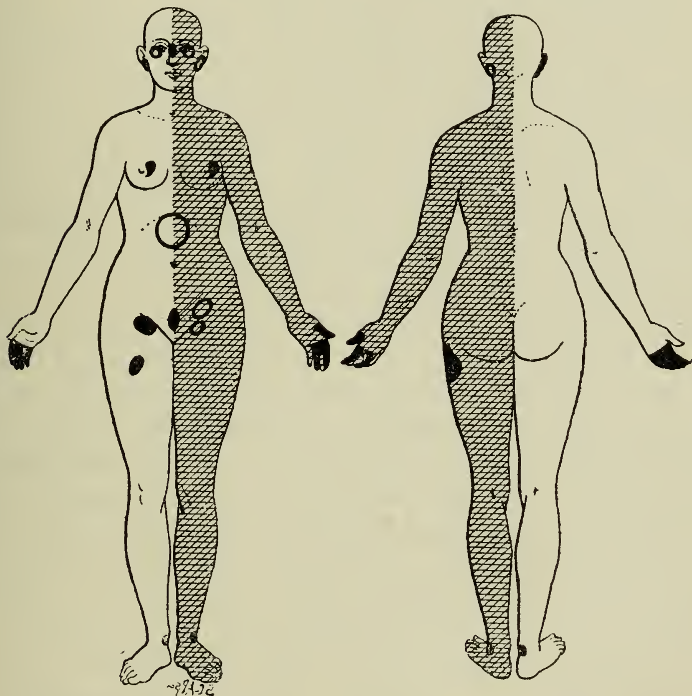
Dans cette figure ainsi que dans les suivantes les zones hypnogènes ou spasmogènes sont marquées en noir, et les zones frénatrices sont indiquées par de simples contours.

tique en *état cataleptoïde les yeux fermés*. Rien d'analogue ne se produit quand on presse d'autres points du corps. Je saisis le pied droit de Pauline; je comprime énergiquement ses faces plantaire et palmaire (région non hypnogène) sans que cette pression détermine le sommeil artificiel. Je presse au contraire la malléole interne (région hypnogène) et elle s'endort aussitôt en *état cataleptoïde les yeux fermés*. Que la pression soit forte ou légère, lente ou brusque, le résultat est toujours le même : le

sommeil provoqué se produit invariablement dans la *phase cataleptoïde les yeux fermés.*

Il est possible, par divers procédés (dont le plus simple consiste à ouvrir de force les paupières), de faire passer secondairement la malade à l'*état cataleptoïde les yeux ouverts*. Si, quand elle est dans cet état, on vient à comprimer l'une ou l'autre de ses zones hypnogènes, ses paupières s'abaissent aussitôt et elle retombe dans l'*état cataleptoïde les yeux fermés*. Ces zones répondent

Fig. 15. — Zones hypnogènes et hypno-frénatrices de Pauline T...



donc bien à la définition que nous avons donnée des *zones hypnogènes simples,* puisque, quel que soit le degré de leur excitation, elles provoquent toujours une phase identique du sommeil hypnotique.

b) On peut constater chez Pauline T... l'existence de cinq zones *hypno-frénatrices simples,* siégeant : la première sur le lobule de l'oreille gauche, la deuxième sur la région ovarienne gauche, la troisième et la quatrième sur les régions sous-orbitaires, la cinquième à l'épigastre *(fig. 15).* Quand on comprime ces zones

pendant que la malade est éveillée, on ne détermine aucun phénomène particulier. Mais si on les comprime pendant qu'elle est en état hypnotique, on la réveille brusquement. Ce sont donc des zones hypno-frénatrices complètes simples.

c) Enfin, nous trouvons chez Pauline T... des *zones hypnogènes et hypno-frénatrices à effets incomplets*. Il en existe même deux variétés bien distinctes : les unes transforment l'*état cataleptoïde les yeux ouverts* en *état cataleptoïde les yeux fermés,* ou *vice versa;* les autres font passer la malade de l'*état cataleptoïde* à *l'état léthargique,* ou *vice versa.*

Les premières siègent sur les doigts ou sur des segments isolés des doigts. Quand la malade est éveillée, la pression sur ces zones ne produit aucun effet. Quand elle est endormie en état cataleptoïde les yeux ouverts ou les yeux fermés, cette même pression est incapable de la réveiller ou de la faire passer à l'état léthargique; son seul et unique effet, c'est de modifier la phase actuellement existante de l'état cataleptoïde en faisant ouvrir brusquement les paupières si elles étaient fermées, ou en les faisant fermer si elles étaient ouvertes.

La seconde variété de zones à effets incomplets, dont nous avons pu reconnaître l'existence chez Pauline T..., est représentée par un point limité occupant le milieu de chacun des deux plis de l'aine. Lorsque la malade est éveillée, la pression sur ces points ne produit rien de particulier. Lorsqu'elle est en état cataleptoïde, la pression sur la zone du côté gauche ne produit rien non plus. Au contraire, la pression sur celle du côté droit détermine aussitôt la résolution léthargique. A ce moment, une nouvelle excitation de la zone du côté droit ne produit aucun changement. Au contraire, la pression du point symétrique du côté opposé (pression qui ne produisait aucun effet quand la malade était à l'état de veille ou à l'état cataleptoïde) transforme aussitôt l'état léthargique en état cataleptoïde. La zone inguino-crurale du côté droit est une *zone hypnogène à effets incomplets;* celle du côté gauche une *zone hypno-frénatrice à effets incomplets.*

En résumé, il existe chez la malade que nous venons d'étudier un grand nombre de points circonscrits du tégument dont l'excitation provoque, modifie ou fait cesser le sommeil hypnotique; nous avons trouvé chez elle des zones hypnogènes simples, des zones hypno-frénatrices simples et plusieurs variétés de zones hypnogènes et hypno-frénatrices à effets incomplets.

Passons à l'examen d'une autre malade. Paule C..., âgée de vingt ans, est une de nos plus intéressantes hystériques. Vous l'avez vue souvent dans le service, où elle est entrée il y a quelques mois pour une contracture hystérique du membre inférieur gauche, contracture dont elle est complètement guérie aujourd'hui.

Paule C... est hémianesthésique du côté droit. Elle est très facilement hypnotisable par la fixation du regard, par l'audition d'un bruit monotone, par l'injonction simple, etc. Le sommeil hypnotique se présente chez elle sous ses deux phases les plus communes : l'*état catalep'oïde les yeux ouverts* et l'*état cataleptoïde les yeux fermés*. En revanche, nous n'avons jamais pu provoquer ni la catalepsie vraie ni la léthargie.

Paule C... possède plusieurs zones spasmogènes *(fig. 16)* que nous avons déjà étudiées ensemble[1]. Elle possède aussi plusieurs variétés de zones hypnogènes et hypno-frénatrices *(fig. 17)*.

a) Nous lui connaissons dix *zones hypnogènes à effets successifs*. Deux de ces zones sont situées sur la ligne médiane (vertex, racine du nez); les huit autres sont latérales et siègent toutes les huit sur le côté gauche du corps (1° apophyse malaire; 2° bord supérieur de la clavicule; 3° région mammaire; 4° pli du coude; 5° région supéro-externe de la cuisse; 6° genou; 7° malléole externe; 8° malléole interne) *(fig. 17)*.

L'étendue de ces zones est très variable. Celles du vertex, du front, de la clavicule, des malléoles ne mesurent pas plus de deux à trois centimètres de diamètre; celle du pli du coude a une étendue de huit centimètres de hauteur sur cinq à six centimètres de largeur; celle du sein occupe toute la région mammaire; celle du genou est plus grande encore : elle a vingt centimètres de hauteur et s'étend circulairement sur tout le segment du membre inférieur qui correspond à l'articulation tibio-fémorale.

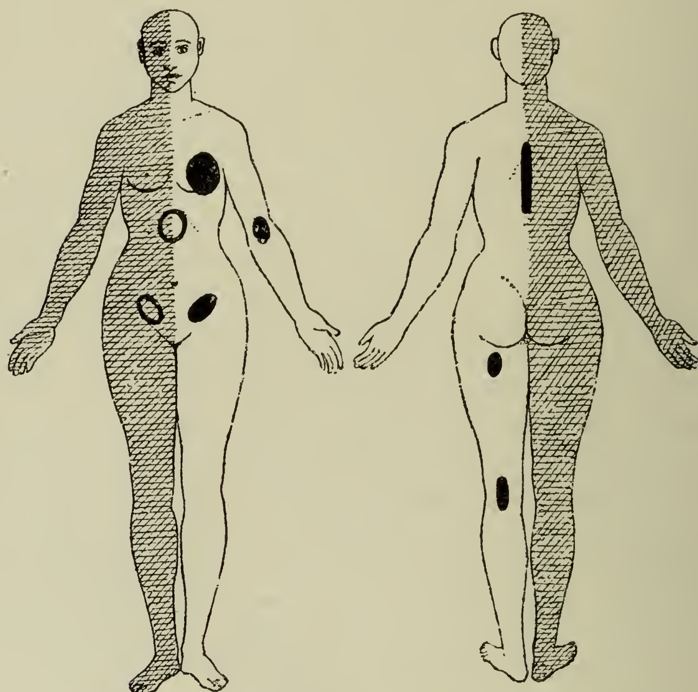
L'excitation légère de l'une quelconque de ces zones plonge immédiatement la malade dans l'*état cataleptoïde les yeux ouverts*. Une excitation plus forte, ou seulement plus prolongée, provoque l'*état cataleptoïde les yeux fermés*. Quand cet état est produit, la pression des zones peut être renouvelée indéfiniment ou exagérée, sans que la moindre modification survienne dans la phase actuelle du sommeil hypnotique. La malade reste en état cataleptoïde les yeux fermés.

b) Il existe chez Paule C... huit *zones hypno-frénatrices à effets*

[1] Voyez t. I, leçon XIXe, p. 242.

successifs, toutes situées sur le côté droit du corps (1° tubérosité malaire; 2° bord supérieur de la clavicule; 3° région mammaire, sauf le mamelon; 4° région ovarienne; 5° portion supéro-externe de la cuisse; 6° genou; 7° malléole interne; 8° malléole externe). Lorsque la malade est endormie et qu'on comprime brusquement l'une ou l'autre de ces zones, elle se réveille tout à coup sans qu'on puisse analyser la succession des phénomènes qui précèdent le réveil complet. Mais si, après avoir placé la malade en état cata-

Fig. 16. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Paule C...

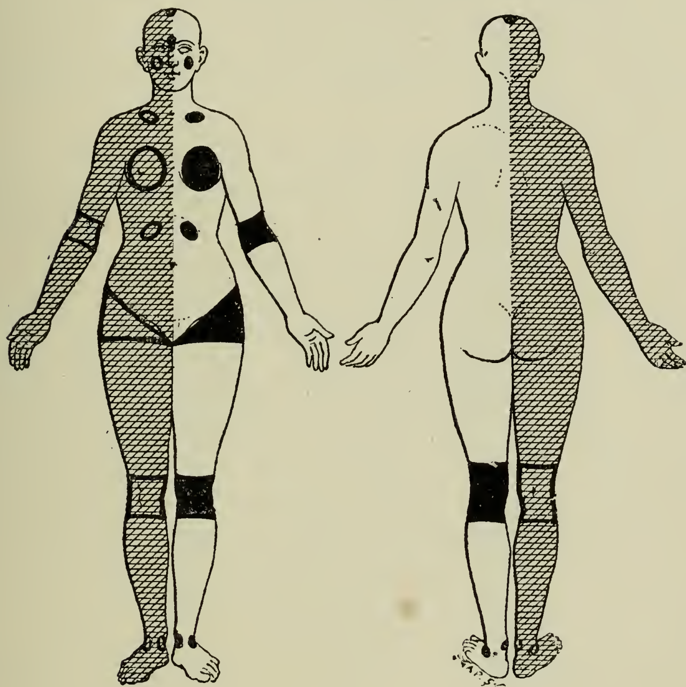


leptoïde les yeux fermés, on excite légèrement l'une des zones hypno-frénatrices, il est facile de constater que cette excitation provoque d'abord le passage à l'*état cataleptoïde les yeux ouverts*, puis le retour complet à l'état de veille. Ces zones méritent donc bien le nom de *zones hypno-frénatrices à effets successifs*.

c) Pour en finir avec les zones de Paule C..., il me reste à vous signaler quatre *zones hypno-frénatrices incomplètes*, siégeant : la première sur la région temporale droite, la deuxième sur le

point symétrique du côté opposé, la troisième sur le mamelon droit et la quatrième sur le pli du coude droit. Leur excitation, lorsque la malade est éveillée ou endormie en état cataleptoïde les yeux ouverts, ne produit aucun effet. Mais lorsqu'elle est endormie en *état cataleptoïde les yeux fermés,* une pression excercée à leur niveau lui fait immédiatement ouvrir les paupières. Une pression plus énergique ne produit rien de plus. Ce sont donc bien des *zones hypno-frénatrices incomplètes.*

Fig. 17. — Zones hypnogènes et hypno-frénatrices de Paule C...



Toutes les zones hypnogènes et hypno-frénatrices de Paule C..., même celles de la région ovarienne, sont des zones cutanées. Les excitations les plus superficielles de la peau suffisent pour mettre en jeu leur activité. Cependant il faut signaler ici une particularité fort étrange : la malade peut elle-même presser toutes ses zones, malaxer entre ses doigts la peau qui les recouvre, sans que ces excitations *personnelles* provoquent le sommeil, tandis que le contact relativement beaucoup plus léger d'une main étrangère ou la pression exercée à l'aide d'un corps inerte quelconque provoque

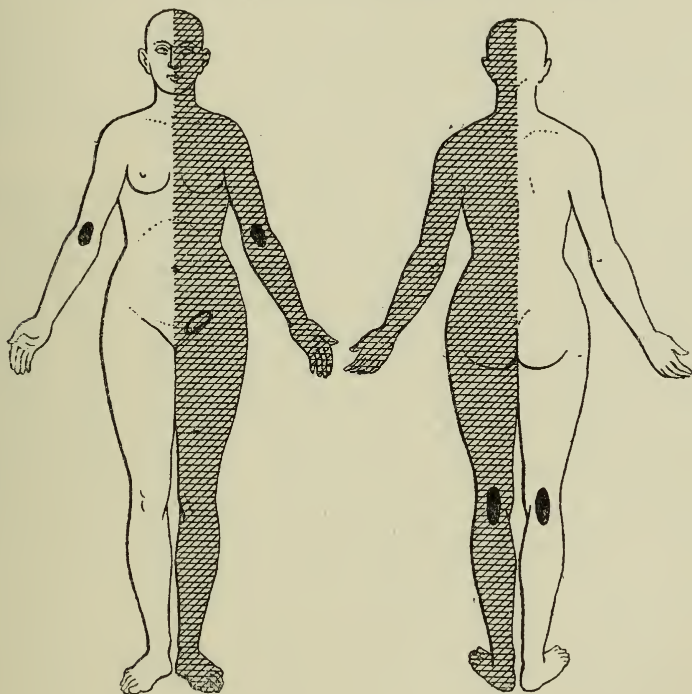
aussitôt le sommeil. Cette indifférence des zones hypnogènes aux excitations faites par les malades eux-mêmes n'est pas de règle. Pauline T..., par exemple, s'endort elle-même si elle presse un de ses points hypnogènes, et elle se réveille également, sans l'intervention directe de personnes étrangères, si, pendant qu'elle est plongée dans le sommeil, on lui ordonne de presser entre ses doigts une de ses zones hypno-frénatrices. Quelque bizarres que puissent paraître ces particularités, elles ont des analogies dans plusieurs phénomènes physiologiques. Nous savons, en effet, que certaines personnes très chatouilleuses au contact d'une main étrangère peuvent, sans éprouver aucune sensation de chatouillement, passer leurs propres mains sur la plante des pieds, tandis que d'autres personnes tressaillent aussitôt qu'elles portent les mains sur leurs pieds.

Une autre particularité qui mérite de fixer votre attention, c'est la distribution presque exactement symétrique des zones hypnogènes et hypno-frénatrices de Paule C... Chez cette malade, en effet, presque toutes les zones hypnogènes sont situées sur le côté gauche du corps, et presque toutes les zones hypno-frénatrices siègent sur le côté droit. Sans être absolument constant, ce mode de distribution topographique des zones à effets opposés est assez fréquent, et comme la plupart des malades chez lesquelles on l'observe sont hémianesthésiques, il semble assez naturel de supposer qu'il existe un rapport entre la répartition de l'anesthésie et la nature des effets déterminés par l'excitation des zones symétriques. Mais cette hypothèse doit être repoussée pour plusieurs raisons dont la plus péremptoire est fournie par une expérience que nous avons répétée plusieurs fois chez diverses malades, particulièrement chez Paule C..., et qui consiste à faire disparaître l'anesthésie ou plutôt à transférer par suggestion l'hémianesthésie d'un côté à l'autre. S'il existait réellement un rapport entre la nature des zones et la distribution de la sensibilité, on devrait observer des variations parallèles des deux phénomènes. Chez Paule C..., par exemple, dont les zones hypnogènes siègent sur le côté gauche sensible et les zones hypno-frénatrices sur le côté droit insensible, le transfert de l'hémianesthésie devrait être suivi d'une transposition des zones. Or, dans ces conditions expérimentales, les zones du côté gauche conservent leurs propriétés hypnogènes malgré la disparition de la sensibilité du côté gauche, et les zones du côté droit conservent leurs pro-

priétés hypno-frénatrices malgré le retour de la sensibilité dans tout le côté droit. Il faut donc admettre qu'il n'y a pas de rapport nécessaire entre les actions hypnogènes ou hypno-frénatrices et l'état de la sensibilité.

Vous venez de voir chez Paule C... des zones à effets successifs, susceptibles de déterminer, selon le degré de l'excitation provocatrice, l'état cataleptoïde les yeux ouverts ou l'état cataleptoïde les yeux fermés. Chez d'autres malades les réactions qui succèdent

Fig. 18. — Zones hypnogènes et hypno-frénatrices d'Albertine M...



à la compression graduée d'une même zone peuvent être plus complexes encore. Ainsi Albertine M..., que je vous présente maintenant, possède cinq *zones hypnogènes à effets successifs (fig. 18)*. La pression légère de l'une quelconque de ces zones détermine le sommeil hypnotique en *état cataleptoïde les yeux ouverts;* une pression un peu plus forte transforme l'état cataleptoïde les yeux ouverts en *état cataleptoïde les yeux fermés;* une pression énergique détermine la *léthargie*.

De ces cinq zones l'une est placée sur la ligne médiane du corps

au niveau du vertex; les quatre autres sont latérales et symétriques, elles siègent sur les deux plis du coude et sur les deux creux poplités. Remarquez en passant que celles du côté droit et celles du côté gauche ont identiquement les mêmes propriétés, bien que la malade soit hémianesthésique gauche.

Nous ne connaissons à Albertine qu'une seule *zone hypno-frénatrice* située dans la région ovarienne gauche. La compression de l'ovaire gauche réveille la malade en la faisant repasser successivement par les diverses phases des états hypnotiques par lesquelles elle a passé pour arriver à l'état dans lequel elle se trouve au moment où est exercée la compression. Si, par exemple, on vient à comprimer l'ovaire quand la malade est plongée dans l'état léthargique, elle repasse successivement par l'état cataleptoïde les yeux fermés, puis par l'état cataleptoïde les yeux ouverts avant d'arriver à l'état de veille normal.

Par la pression alternative et convenablement graduée des zones hypnogènes ou de la zone hypno-frénatrice, il est possible, en quelques secondes, d'endormir la malade, de la faire passer par des stades de plus en plus profonds du sommeil hypnotique et de la ramener progressivement à l'état normal. Je saisis entre les doigts son pli du coude, je presse légèrement, et la voilà endormie en état cataleptoïde les yeux ouverts. Je presse plus fort, ses paupières s'abaissent; elle est maintenant en état cataleptoïde les yeux fermés. Je presse plus fort encore, et elle s'affaisse, inerte, en état léthargique. Je comprime maintenant son ovaire gauche, et voilà la léthargie transformée en état cataleptoïde les yeux fermés; une compression plus forte amène aussitôt l'ouverture des paupières; une compression plus forte encore provoque le réveil complet. C'est merveille de voir la rapidité avec laquelle se produisent et se transforment ces états successifs. On n'agirait pas avec plus de précision sur un automate dont des ressorts extérieurs commanderaient le mécanisme.

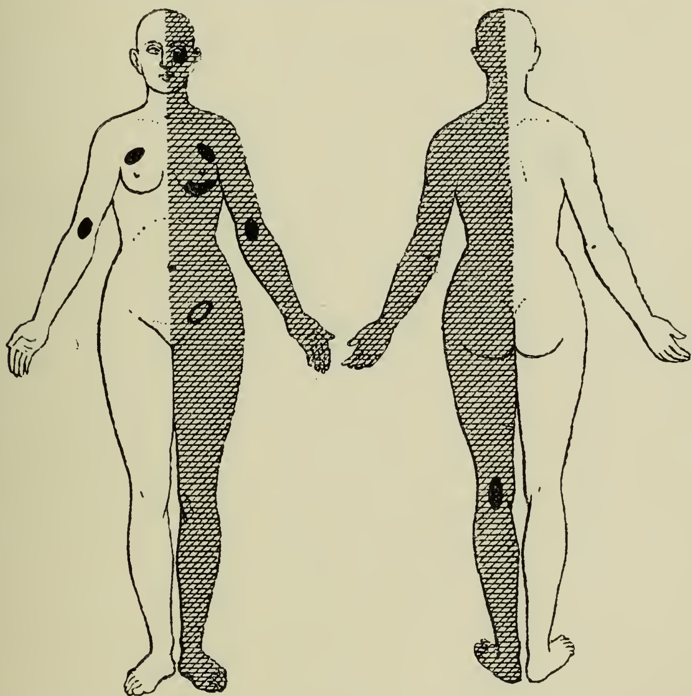
III

L'étude des rapports des zones hypnogènes et spasmogènes est assez compliquée parce qu'il peut se présenter plusieurs éventualités distinctes.

a) Quelques malades ont des zones spasmogènes très actives et

ne sont pas hypnotisables, elles n'ont par conséquent pas de zones hypnogènes. C'était le cas de la nommée Berthe G... dont je vous ai déjà parlé à propos des paraplégies hystériques [1]. Elle est venue une première fois à l'hôpital, en 1882, pour des attaques convulsives. Elle avait sur le corps sept zones spasmogènes très actives *(fig. 19)* et pas une seule zone hypnogène. Il était même impossible de l'endormir par les autres procédés connus (fixation du regard, audition de bruits monotones, suggestion, etc.).

Fig. 19. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Berthe G...



b) D'autres malades ont des zones spasmogènes, et, quoique hypnotisables par les procédés vulgaires, elles ne possèdent pas de zones hypnogènes. Léonie P... offre un exemple de cette combinaison *(fig. 20)*. Elle a cinq zones spasmogènes (régions sus-mammaires, pli du coude des deux côtés, creux poplité gauche) et une zone spasmo-frénatrice (ovaire gauche), mais n'a ni zones hypnogènes ni zones hypno-frénatrices. On peut l'endormir par la fixation d'un point brillant ou par la compression des

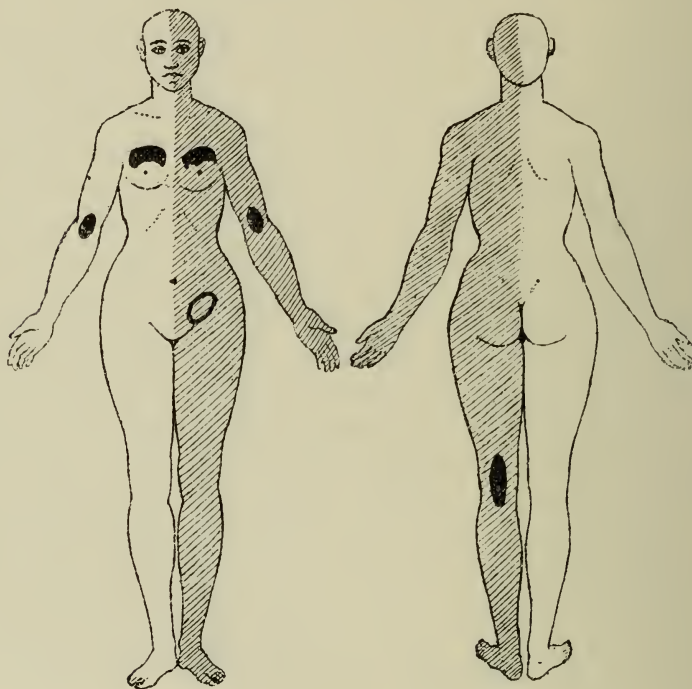
[1] Voyez t. I, leçon XXXIVe, p. 450.

globes oculaires et la réveiller par l'insufflation sur l'œil gauche. La compression de l'ovaire gauche n'agit pas sur le sommeil provoqué.

c) Dans d'autres cas il n'y a pas de zones hypnogènes, mais la région ovarienne agit comme zone hypno-frénatrice. Marie M... et Emma B... appartenaient à cette catégorie *(fig. 21 et 22)*.

d) Le plus souvent les malades ont à la fois des zones spasmogènes et des zones hypnogènes. Mais ces zones sont tout à fait

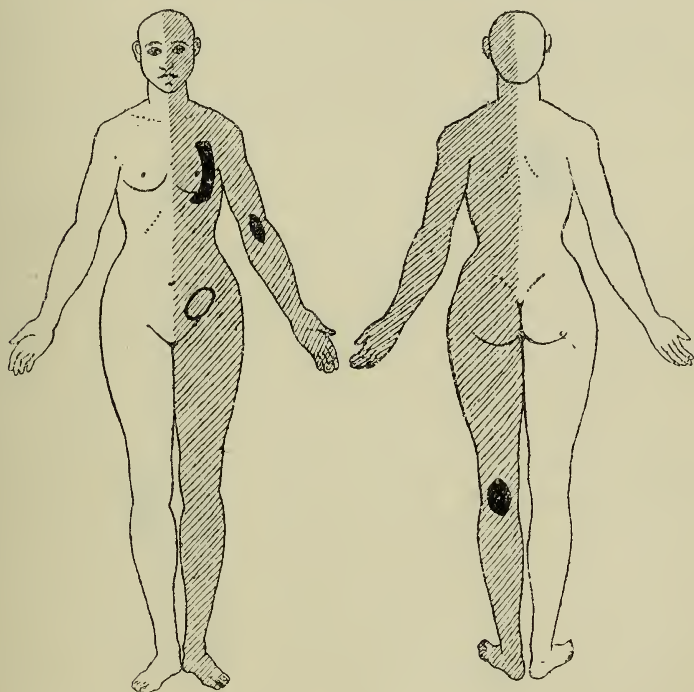
Fig. 20. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Léonie P...



indépendantes les unes des autres. Comparez, par exemple, les fig. 14 et 15 ou les fig. 16 et 17, qui représentent les zones spasmogènes et hypnogènes de Paule T... et de Pauline C..., et vous verrez que la distribution des unes ne commande pas du tout celle des autres. Parfois les deux espèces de zones coexistent sur les mêmes points du corps, de telle sorte que des excitations légères de ces points provoquent le sommeil hypnotique, et des excitations plus énergiques les convulsions hystériques. Mais même dans les cas de ce genre, les zones hypnogènes et spasmogènes

conservent leur individualité distincte; elles se superposent, si je puis ainsi dire, sans se confondre; et la preuve, c'est qu'il est possible de faire disparaître les unes sans que les autres soient le moins du monde modifiées. Si, par exemple, on place sur le tabouret isolant d'une machine à électricité statique une malade ayant à la fois des zones spasmogènes et des zones hypnogènes, les premières perdent leur excitabilité après quelques minutes, tandis que les secondes conservent toutes leurs propriétés. La

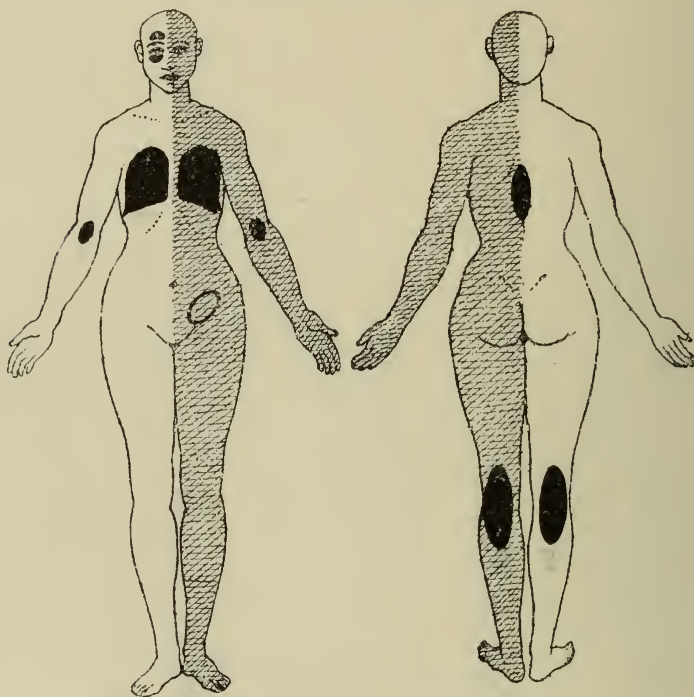
Fig. 21. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Marie M...



galvanisation des centres nerveux donne exactement les mêmes résultats : elle abolit pour un certain temps toutes les actions spasmogènes et laisse persister toutes les actions hypnogènes. La faradisation et la galvanisation localisées, la ligature circulaire des membres, l'anémie locale produite par l'application de bandes en caoutchouc, les pulvérisations réfrigérantes d'éther, la sinapisation, les injections hypodermiques, font également disparaître les zones spasmogènes et restent sans influence sur les zones hypnogènes.

Il faut conclure, si je ne me trompe, de ces expériences, qu'il existe entre les zones spasmogènes et les zones hypnogènes des différences de nature et pas seulement de degrés. C'est là, du reste, un détail secondaire sur lequel je ne veux pas insister plus longuement. Le fait important dont je voudrais avoir réussi à vous convaincre, c'est *qu'il est fréquent de rencontrer sur le corps des hystériques des points circonscrits dont l'excitation est susceptible de provoquer brusquement le sommeil hypno-*

Fig. 22. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices d'Emma B...



tique, d'en modifier les phases ou d'en arrêter instantanément le cours. Je crois, pour ma part, que l'étude des zones hypnogènes est fondée aujourd'hui sur des observations assez précises et assez nombreuses pour défier la contradiction et pour mériter de figurer d'ores et déjà au nombre de nos connaissances les mieux assises sur les phénomènes hypnotiques chez les hystériques.

Je ne dois pas vous cacher cependant que tout le monde n'est pas de cet avis. M. Bernheim, par exemple, nie l'existence des zones hypnogènes, ou plutôt il prétend qu'elles sont le résultat

direct de suggestions données consciemment ou inconsciemment aux sujets servant aux expériences[1].

Il est certain qu'on peut, par suggestion, créer des zones hypnogènes chez des sujets qui n'en avaient pas auparavant et les détruire chez ceux qui en possédaient. Mais, parce qu'un phénomène est accessible aux suggestions, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'il soit toujours produit par voie de suggestion.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de développer plus tard, à propos d'autres phénomènes, les raisons qui doivent faire repousser l'hypothèse de M. Bernheim relativement à l'origine suggestive des zones hypnogènes, car l'objection présentée par mon très distingué collègue de Nancy fait partie d'un système général qui ne tend à rien moins qu'à expliquer par la suggestion tous les symptômes de l'hypnotisme, sans exception.

IV

L'étude des zones hypnogènes soulève un problème dont l'importance ne saurait vous échapper et qu'on pourrait poser dans les termes suivants : *Étant donné un sujet qui possède des zones hypnogènes, est-il possible de l'endormir sans qu'il le sache ou sans qu'il le veuille, en comprimant une de ces zones par surprise ou par violence?*

Pour répondre avec certitude à cette question, les expériences du laboratoire sont sans valeur. Le fait seul que les malades se trouvent en présence de médecins ou d'étudiants qui les ont déjà endormis ou qu'ils savent capables de les endormir, suffit pour jeter le doute sur les résultats obtenus. La solution du problème posé doit ressortir d'observations accidentelles, réalisées dans des circonstances imprévues, indépendamment de toute intervention des personnes qui pourraient avoir sur l'imagination des malades une autorité ou une influence quelconque. Je ne connais qu'un fait qui réponde à ces desiderata, encore n'est-il pas absolument irréprochable. Je vous le donne tel que je l'ai recueilli :

La nommée Élisa G..., que je vous ai montrée il y a quelques mois quand nous étudiions ensemble les spasmes rythmiques hystériques, a, sur différents points du corps, des zones hypnogènes. On en trouve en particulier de très actives sur les plis du

[1] Bernheim, *Premier Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique*. Paris, 1890, p. 85.

coude et sur les creux poplités [1]. Élisa est une fille peu intelligente mais très honnête. Pendant un séjour qu'elle fit à l'hôpital en 1883, je m'assurai, en cherchant à pratiquer le toucher vaginal, qu'elle était *virgo intacta*. Quelques mois après, elle accouchait d'un enfant à terme, sans savoir au juste comment elle avait été déflorée et engrossée. Voici, d'après son récit, ce qui serait arrivé. Elle était sortie de l'hôpital en même temps qu'une autre malade très vicieuse nommée Thérèse : « Quand nous arrivâmes place d'Aquitaine, dit-elle, nous rencontrâmes deux messieurs qui connaissaient Thérèse et nous invitèrent à déjeuner. Je ne voulais pas accepter, mais à force de prières je me laissai aller. Nous arrivâmes dans un petit restaurant hors de la ville. Un des messieurs voulut m'embrasser; je me fâchai vivement et on se mit à déjeuner sans qu'il renouvelât ses tentatives. Quand le déjeuner fut terminé, Thérèse me laissa seule avec lui. Il voulut encore m'embrasser, je le repoussai, le menaçai de crier et pris une chaise pour me défendre. Il s'élança alors sur moi et me *saisit les bras*. Alors je perdis brusquement connaissance et je ne sais pas ce qui s'est passé. Quand je revins à moi, réveillée par Thérèse, nous étions tous les quatre dans le restaurant et c'était le moment de partir. Je m'aperçus que j'étais mouillée aux parties et que j'y éprouvais un peu de douleur. Les mois suivants je ne fus pas réglée, et bientôt je ne pus douter que j'étais enceinte. »

Ce récit est assurément vraisemblable; cependant rien ne prouve qu'il soit d'une exactitude absolue. Connaissant la malade comme je la connais, je suis convaincu qu'elle est sincère, mais je ne pourrais pas en fournir de preuves matérielles. Dans tous les cas, son histoire doit éveiller notre attention sur la possibilité de provoquer le sommeil hypnotique chez certains malades, à leur insu ou contre leur volonté formelle, par la pression des zones hypnogènes qui existent sur leur corps.

[1] Voyez leçon XXVe, t. I, p. 324. L'observation n'est donnée là qu'en résumé. L'histoire complète des antécédents de la malade est rapportée dans la thèse de M. Gaube : *Recherches sur les zones hystérogènes*. Th. doct., Bordeaux, 1882, obs. VI, p. 58. A cette époque Berthe G... n'était pas hypnotisable et n'avait par conséquent pas de zones hypnogènes; ces zones se sont développées en 1883.

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON

DES FORMES TYPIQUES DU GRAND HYPNOTISME

SOMMAIRE

I. Classification nosographique du grand hypnotisme d'après M. Charcot.

II. Description de la léthargie : inertie psychique; résolution générale; phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

III. Description de la catalepsie : plasticité cataleptique; suggestions par attitudes; automatisme spinal.

IV. Description du somnambulisme : hyperexcitabilité cutano-musculaire; suggestibilité; automatisme cérébral.

V. Réalité clinique des formes typiques du grand hypnotisme. Les phénomènes somatiques ne sont pas des créations artificielles dues à des suggestions inconscientes.

Messieurs,

Les principales difficultés que présente l'étude du sommeil hypnotique résultent de l'inconstance et de la mobilité des phénomènes provoqués par l'expérimentation clinique.

Personne n'ignore aujourd'hui que, lorsqu'on soumet un grand nombre de sujets à l'action méthodique des procédés hypnogènes, on n'obtient pas toujours des résultats identiques. Beaucoup de gens sont absolument réfractaires à l'hypnotisation; d'autres s'endorment avec plus ou moins de facilité, mais, une fois endormis, ils n'offrent pas du tout les mêmes séries de symptômes. Celui-ci s'affaisse immobile, les yeux fermés, incapable d'aucune réaction motrice; celui-là se tient debout, les yeux ouverts, libre de tous ses mouvements, capable de parler et de courir aussi bien qu'à l'état de veille; tel répond vivement aux questions qu'on lui pose et donne des preuves non équivoques d'une grande activité intellectuelle; tel autre, insensible et inerte comme un cadavre, paraît complètement étranger à ce qui se passe autour de lui. Et ce qui est plus curieux encore, c'est que les états nerveux, se

traduisant par des symptômes si différents, peuvent se modifier et se transformer les uns dans les autres avec une incroyable rapidité. Instantanément, sous l'influence des causes les plus légères, la contracture succède à la résolution musculaire, l'inertie intellectuelle fait place à une activité désordonnée de l'esprit ou *vice versa,* et l'expérimentateur déconcerté assiste à des changements à vue qui compliquent singulièrement ses observations.

I

Pour ne pas s'égarer au milieu de faits aussi complexes et aussi mobiles, il faudrait disposer d'une nomenclature nosographique très précise, c'est-à-dire connaître très exactement toutes les formes cliniques du sommeil nerveux et pouvoir désigner chacune d'elles par un nom spécial.

M. Charcot a bien compris la nécessité de poursuivre ce but. Dès le début de ses recherches sur les hystéro-épileptiques de son service de la Salpêtrière, il s'est efforcé de déterminer les symptômes somatiques de l'hypnose expérimentale et il a été conduit à distinguer trois états hypnotiques bien différenciés : l'*état léthargique,* l'*état cataleptique,* l'*état somnambulique,* et à les considérer comme les formes typiques du grand hypnotisme [1].

L'*état léthargique* est caractérisé par la résolution générale des muscles, par l'analgésie de la peau et des membranes muqueuses accessibles à l'exploration, par l'exagération des réflexes tendineux et par le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

L'*état cataleptique* a pour principaux symptômes la fixité du regard, l'immobilité des membres avec conservation des attitudes, l'abolition des réflexes tendineux, la persistance partielle de l'activité sensorielle et la possibilité de provoquer, par certaines excitations, des impulsions automatiques et des hallucinations variées.

L'*état somnambulique* se distingue des précédents par la conservation du tonus musculaire, par la production facile de contractures diffuses sous l'influence d'excitations légères de la peau, par l'analgésie cutanée coïncidant avec l'hyperexcitabilité de certains sens spéciaux et par la suggestibilité des sujets.

Chacun de ces états peut être produit *primitivement* par l'appli-

[1] J.-M. Charcot, *Note sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation sur les hystéro-épileptiques* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences,* 1882).

cation de l'un des procédés hypnogènes connus, la fixation du regard, par exemple, ou survenir *secondairement* par transformation de l'un en l'autre. C'est ainsi, que lorsqu'un sujet est en état cataleptique, il suffit, d'après M. Charcot, d'abaisser ses paupières ou de le placer dans l'obscurité pour qu'il tombe instantanément en état léthargique. Inversement, lorsqu'un sujet est en état léthargique, il suffit de lui ouvrir les yeux dans un lieu éclairé pour qu'il passe de la léthargie à la catalepsie. Enfin, la transformation de l'un ou l'autre des états précédents en état somnambulique est obtenue par la pression ou la friction légère du vertex.

Telle est, réduite à ses éléments essentiels, la nosographie du grand hypnotisme établie par M. Charcot. Acceptée par la plupart des auteurs qui se sont occupés dans ces derniers temps de l'hypnose expérimentale *chez les hystériques,* cette division marque incontestablement un grand progrès. Elle n'est pas parfaite, car elle ne comprend pas toutes les formes possibles de l'hypnose provoquée, mais elle est, pour le moment, le meilleur guide qui puisse être offert aux personnes désireuses de se familiariser avec les études relatives à l'hypnotisme. Aussi me paraît-il indispensable de vous donner quelques détails sur la symptomatologie des trois types cliniques dont elle affirme l'existence, en insistant particulièrement sur les phénomènes somatiques dont la simulation est impossible.

II

La léthargie (de λήθη, engourdissement, et ἀργια, oubli) est surtout caractérisée par la résolution et l'insensibilité générales. C'est cette phase du sommeil hypnotique qu'on a souvent appelée l'*état de mort apparente*. Les sujets placés dans cet état paraissent profondément endormis; ils sont incapables de mouvoir leurs membres et de communiquer avec le monde extérieur : on les appelle, ils ne bronchent pas; on les pique profondément, ils ne manifestent aucune douleur. Leurs membres soulevés retombent lourdement comme des corps inertes.

Au milieu de cet anéantissement apparent des fonctions vitales, la respiration et la circulation restent intactes. La courbe respiratoire ne présente rien qui la distingue de celle de l'état de veille. Rapides et précipités au début de l'hypnose, les mouve-

ments deviennent plus lents et plus profonds à mesure que celle-ci se prolonge. Le pouls est régulier; il bat de quatre-vingts à cent fois par minute [1].

Les paupières sont fermées et agitées par un mouvement continuel de frémissement. Si on les soulève, on aperçoit les yeux fortement dirigés en haut. D'après M. Bottey, ces deux phénomènes (le frémissement des paupières et la convulsion en haut des globes oculaires) seraient solidaires l'un de l'autre. La preuve, c'est que si l'on cherche soi-même à diriger les yeux en haut en tenant les paupières supérieures abaissées, on constate très nettement la production d'un clignotement involontaire continuel [2].

Les muscles sont dans le relâchement complet; leur tonus est aboli ou tout au moins très affaibli; les mouvements volontaires sont nuls. Cependant ces muscles sont excitables. Si on lance à travers leurs fibres des courants faradiques suffisamment intenses, ils se tétanisent comme des muscles normaux. Les secousses électriques isolées provoquent des secousses musculaires différant un peu de celles qu'on obtient avec des muscles tout à fait physiologiques : les tracés recueillis dans ces conditions montrent que la période de relâchement du muscle léthargique est souvent interrompue par une ascension secondaire et que cette période est plus longue qu'à l'état normal.

Ce fait indique déjà une excitabilité anormale du muscle; mais cette excitabilité anormale se révèle avec des caractères bien plus nets, ainsi que l'ont démontré MM. Charcot et Richer [3], à la suite des excitations mécaniques.

Quand on exerce, avec le bout du doigt ou avec l'extrémité d'une baguette résistante, une pression modérée sur un muscle des membres, ce muscle se contracte isolément et reste contracté tant que dure l'excitation. La pression plus énergique ou la malaxation des muscles détermine leur contracture. La percussion légère des tendons donne lieu à des réflexes exagérés, et leur percussion plus violente à des contractures. La pression exercée sur les troncs nerveux moteurs ou mixtes accessibles à travers les téguments, détermine la contraction ou la contracture de tous les muscles auxquels se distribuent les fibres motrices du nerf comprimé.

[1] Voyez à ce sujet Tamburini et Seppilli, *Contribuzione allo studio sperimentale dell' ipnotismo* (*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, 1881 et 1882).
[2] Bottey, *Le magnétisme animal*. Paris, 1884, p. 20.
[3] Charcot et Richer, *Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques : Du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire* (*Archives de neurologie*, 1881).

On peut ainsi, chez les léthargiques, répéter toutes les expériences que faisait Duchenne avec l'électrisation localisée. L'excitation du biceps brachial fléchit l'avant-bras sur le bras; l'excitation du sterno-cléido-mastoïdien incline la tête du côté correspondant et lui imprime un mouvement de rotation qui porte la face du côté opposé; l'excitation du fléchisseur superficiel des doigts amène la flexion des secondes phalanges sur les premières et de celles-ci sur les métacarpiens, etc. De même, l'excitation du nerf cubital dans la gouttière rétro-épitrochléenne donne lieu à l'attitude de la main connue sous le nom de *griffe cubitale;* l'excitation du nerf médian ou du nerf radial détermine les griffes médianes ou radiales. Les résultats sont toujours conformes aux données de l'anatomie, ce qui doit faire rejeter l'hypothèse de la simulation, car pour simuler de pareils phénomènes il faudrait être un anatomiste de carrière et avoir fait des études spéciales sur la physiologie du système musculaire.

Les contractures provoquées par les excitations mécaniques des muscles ou de leurs nerfs moteurs sont très intenses. Il est impossible de les vaincre par la force; mais on peut les faire cesser très facilement en excitant les muscles antagonistes[1].

Si les muscles longs répondent pendant la léthargie aux excitations mécaniques comme ils le feraient, durant l'état de veille, à la faradisation, les muscles larges ou fasciculés ne se comportent pas tout à fait de la même façon. Tandis qu'on peut, au moyen de l'électricité, isoler l'action de chacun de leurs faisceaux, l'excitation portée sur un point limité de leur surface provoque la contracture en masse du muscle excité et même celle des muscles synergiques.

Les muscles de la face réagissent autrement que ceux des membres et du tronc; ils se contractent facilement sous l'influence des excitations mécaniques, mais ils ne se contracturent jamais.

MM. Charcot et Richer considèrent l'*hyperexcitabilité neuro-musculaire* des léthargiques comme un phénomène réflexe dépendant d'une modification dynamique des centres médullaires et ayant pour voies centripète et centrifuge l'appareil nerveux sensitif et moteur des muscles.

[1] On observe quelquefois aussi dans la léthargie le phénoméne de la *contracture paradoxale :* si on fléchit brusquement un membre, il reste contracturé dans la flexion. Wesphal explique cette contracture par ce fait que le relâchement brusque d'un muscle est une cause d'excitation contre laquelle le muscle réagit en se contracturant *in situ*.

III

La catalepsie (de καταλαμβάνειν, surprendre) est surtout caractérisée par l'exagération du tonus musculaire, d'où résulte cette particularité que les sujets conservent, sans fatigue, les attitudes dans lesquelles ils ont été saisis par le sommeil ou celles qui sont communiquées à leurs membres pendant la durée de ce sommeil. Les cataleptiques sont immobiles, les yeux fixes, les paupières largement ouvertes. Leurs membres ne sont pas raides; on peut les fléchir ou les étendre sans éprouver de résistance, et ils conservent fort longtemps, si gênantes qu'elles puissent être, les attitudes dans lesquelles on les place. Un cataleptique restera facilement une heure et plus les bras en croix ou le tronc penché en avant dans une position des plus incommodes, sans manifester la moindre lassitude, alors qu'un homme sain et vigoureux demanderait grâce après quelques minutes [1].

MM. Charcot et P. Richer ont eu l'idée d'enregistrer chez un de leurs sujets en catalepsie et chez un simulateur les oscillations du bras étendu et les mouvements respiratoires. Chez le cataleptique, pendant toute la durée de l'expérience, le stylet correspondant au bras a tracé une ligne droite, la respiration s'est montrée rare et superficielle. Chez le simulateur, au contraire, le tracé du bras a vite présenté des accidents, des oscillations démontrant la fatigue; celui de la respiration, des irrégularités de rythme, indices de l'effort.

Les réflexes tendineux, exagérés dans l'état léthargique, sont, dans la catalepsie, diminués ou abolis. L'hyperexcitabilité neuromusculaire n'existe pas. La malaxation des muscles, la pression des nerfs, la percussion des tendons ne déterminent ni contraction ni contractures. Elles produisent plutôt un affaiblissement paralytique des muscles excités, ainsi que cela a été consigné en 1855 par Puel dans deux observations de son remarquable mémoire sur la catalepsie [2].

Le pouls est généralement plus rapide qu'à l'état de veille; la respiration est calme, tranquille. Les mouvements du thorax et

[1] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III, p. 16. — P. Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie.* Paris, 1885, p. 614.

[2] T. Puel, *De la catalepsie,* mémoire couronné par l'Académie de médecine, prix Civrieux, 1855; in *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. XX, 1856.

de l'abdomen, toujours concordants, sont lents, rares et séparés par de longues pauses.

La sensibilité générale est ordinairement abolie, en ce sens que les excitations portées sur les téguments ne donnent lieu à aucune réaction. Mais les sens spéciaux paraissent conservés dans une certaine mesure. Si, en effet, on se place devant un cataleptique et qu'on fasse des mouvements régulièrement rythmés, il commence, après quelques instants, à imiter les mouvements qu'on fait devant lui. Si on lui parle, il ne répond pas aux questions, mais il répète souvent les mots qui ont frappé ses oreilles. On lui demande par exemple : « Comment vous trouvez-vous? » et il répète avec les mêmes intonations : « Comment vous trouvez-vous? »

Enfin, le sens musculaire paraît acquérir, dans la catalepsie, une acuité remarquable. Si on met les sujets à genoux, les mains croisées, dans l'attitude de la prière, leur visage prend une expression extatique. Si on place leur corps et leurs membres dans l'attitude du pugilat, les traits de leur visage expriment la colère et la menace. On peut varier les attitudes, la physionomie complétera toujours l'expression du geste.

Inversement, si on électrise les muscles expressifs du visage, les membres sont entraînés à prendre des attitudes en rapport avec les expressions de la physionomie. Électrisez les muscles de la colère (pyramidal du nez), et sous cette seule influence les poings se fermeront et le corps se mettra dans l'attitude de la garde; électrisez les muscles de la tristesse (triangulaire des lèvres), et la tête se penchera vers la terre, les bras restant pendants le long du corps, etc.

« Le muscle contracté, dit excellemment M. P. Richer, par la notion qu'il envoie au cerveau de ses propres mouvements par l'intermédiaire de ses nerfs centripètes, devient à son tour la cause de mouvements secondaires qui se passent soit dans d'autres muscles de la physionomie, soit dans les muscles des membres, et dont le résultat est d'affirmer, de compléter l'expression plus ou moins nettement esquissée par le muscle directement et faradiquement excité[1]. »

Les phénomènes automatiques dépendant de la mise en jeu du sens musculaire peuvent être plus complexes encore. Si on met entre les mains d'une femme en état cataleptique des aiguilles à

[1] Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, 2e édit. Paris, 1885, p. 671.

tricoter, elle exécute tous les mouvements coordonnés en vue de l'acte de tricoter. Si on donne à un fumeur un morceau de papier roulé, il le porte à sa bouche, cherche dans sa poche sa boîte d'allumettes, fait le geste d'allumer sa fausse cigarette et la fume comme si elle était réelle.

Le cerveau ne prend aucune part à la production de ces mouvements. Ils se passent en dehors du contrôle de la conscience et indépendamment de la volonté du sujet. On pourrait les comparer à ceux que fait une grenouille décapitée quand, placée dans l'eau, ellle se met à nager jusqu'à ce qu'elle rencontre un obstacle. L'automatisme du cataleptique, comme les mouvements de natation de la grenouille décapitée, est un phénomène purement spinal.

IV

Ainsi que son nom l'indique, le somnambulisme (de *somnus*, sommeil, et *ambulare*, marcher) est caractérisé par une torpeur apparente des facultés intellectuelles assez analogue à celle qui s'observe dans le sommeil naturel, et par la conservation de l'activité musculaire, de telle sorte que le sujet endormi est cependant capable de marcher et de se mouvoir comme une personne à l'état de veille.

Le sommeil somnambulique est ordinairement accompagné d'une insensibilité complète de la peau et des muqueuses ou tout au moins d'une sorte d'indifférence aux excitations sensitives, qui disparaît aussitôt qu'on fixe l'attention du sujet. L'insensibilité n'est donc qu'apparente, ainsi que l'avait déjà constaté en 1820 le général Noizet.

« Si l'on ordonne à un somnambule, dit-il, de reconnaître divers objets au toucher, il le fera, quoique le moment d'auparavant il parût complétement insensible. Il en est de même du goût et de l'odorat. Tous les somnambules reconnaissent au goût ou à l'odeur les substances qu'on leur donne à juger, et cependant on pourrait sans qu'ils s'en aperçussent leur faire aspirer l'odeur la plus forte ou introduire dans leur bouche la liqueur la plus amère s'ils n'étaient pas prévenus de l'épreuve [1]. »

Les sens acquièrent même quelquefois une acuité plus grande qu'à l'état de veille. M. Azam a rapporté l'histoire d'une personne

[1] Général Noizet, *Mémoire sur le somnambulisme*, etc., p. 108.

qui était cruellement affectée, quand elle était endormie, par le moindre bruit; elle entendait le tic-tac d'une montre à huit ou neuf mètres [1]. La sensibilité cutanée peut, elle aussi, être augmentée. O. Berger, explorant avec l'esthésiomètre de Weber la sensibilité de la peau d'une somnambule, a constaté qu'avant l'hypnose un écartement des pointes de dix-huit centimètres ne donnait qu'une sensation de piqûre, tandis que pendant l'hypnose provoquée la malade accusait une double sensation avec un écartement de trois centimètres [2]. Dans quelques cas, le moindre contact, le plus léger courant d'air, sont vivement perçus par les somnambules.

Le phénomène de l'*haphalgésie* que nous avons observé précédemment chez les hystériques non endormies [3], se montre très souvent avec une remarquable intensité dans le sommeil somnambulique, même chez des personnes chez lesquelles il n'existe à aucun degré pendant l'état de veille. Vous vous rappelez sans doute que l'haphalgésie est une variété de dysesthésie dans laquelle le simple contact de certaines substances, de certains métaux en particulier, provoque une sensation de vibration douloureuse ou de brûlure extrêmement désagréable. L'or, l'argent, le fer, le cuivre, le plomb, le verre sont les substances qui déterminent le plus souvent ces sensations douloureuses. Chez quelques personnes, tous les métaux ont une action haphalgésique égale, mais le plus souvent chaque sujet n'est sensible qu'au contact de certaines substances à l'exclusion des autres. Telle malade éprouvera, par exemple, une vive sensation de brûlure quand on appliquera du cuivre sur sa peau, et restera indifférente si on la touche avec de l'or ou de l'argent; telle autre, au contraire, ne pourra supporter le contact de l'or, tandis qu'elle touchera, sans en être incommodée, de l'argent ou du cuivre. Il n'y a aucun rapport constant entre la manifestation de l'haphalgésie et la sensibilité de la peau à la piqûre. Chez des malades hémianesthésiques à l'état de veille et à l'état somnambulique, l'haphalgésie peut se produire avec la même intensité du côté insensible et du côté sensible.

Les somnambules, avons-nous dit, peuvent se mouvoir librement; mais, en général, ils ne manifestent leur activité que s'ils y sont sollicités par des excitations extérieures. Abandonnés à

[1] Azam, *Hypnotisme, double conscience et altération de la personnalité*. Paris, 1887, p. 18 et 19.

[2] O. Berger, *Experimentelle Katalepsie (Hypnotismus)* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1880).

[3] Voyez tome Ier, VIe Leçon, p. 65.

eux-mêmes, ils restent immobiles, indifférents, ne pensant à rien; mais, si on leur parle, ils répondent fort bien aux questions qu'on leur pose, et si on les prie de faire des mouvements, de marcher, de courir, ils le font sans aucune difficulté.

Leurs réflexes tendineux sont normaux. L'excitabilité électrique de leurs muscles est identiquement semblable à celle de l'état de veille.

Le phénomène musculaire le plus important de l'état somnambulique, c'est la facilité avec laquelle les muscles se contracturent sous l'influence d'excitations légères de la peau. M. Heidenhain a fait de ce phénomène une étude très soignée[1]. Il a montré que chez les sujets à l'état de somnambulisme provoqué la friction superficielle, l'insufflation douce sur un point quelconque du tégument provoquent la contracture rapide et diffuse des muscles sous-jacents. Si on cesse l'excitation provocatrice, la contracture persiste sans gagner les muscles voisins; si, au contraire, on en prolonge l'action, la contracture s'étend de proche en proche et peut gagner tous les muscles du corps. M. Heidenhain rapporte à ce sujet des expériences tout à fait démonstratives. Il hypnotise son frère et exécute des passes sur la paume de sa main gauche. Après quelques secondes, la main se contracture; on continue les passes, et la rigidité gagne successivement l'avant-bras, le bras et l'épaule du côté gauche, puis l'épaule, le bras, l'avant-bras et la main du côté droit, puis la cuisse et la jambe gauches, puis la cuisse et la jambe droites, puis les muscles masticateurs, puis les muscles de la nuque.

MM. Dumontpallier et Magnin[2] ont constaté que les excitations légères peuvent produire la contracture diffuse, alors que des excitations plus fortes ne provoquent aucune réaction musculaire. Il suffit souvent du plus léger attouchement, du frôlement d'un poil, d'un courant d'air imperceptible pour un sujet sain, de vibrations provoquées par le tic-tac d'une montre et transmises à distance dans un tube de caoutchouc, de la projection d'un faisceau lumineux, etc., pour donner lieu à des contractures diffuses très énergiques, alors que les frictions rudes ou le pincement intense de la peau ne déterminent aucun phénomène appréciable dans les muscles sous-jacents.

[1] Heidenhain, *Ueber die sogenannte thierische Magnetismus*. Leipzig, 1880.

[2] Magnin, *Etude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme. De quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme*. Th. doct., Paris, 1884.

Les contractures provoquées dans l'état somnambulique par les excitations légères du tégument persisteraient indéfiniment, même après le retour des sujets à l'état de veille, si on ne les faisait cesser en soufflant énergiquement sur la peau qui recouvre les muscles contracturés. Contrairement aux contractures léthargiques, les contractures somnambuliques ne disparaissent pas par la friction ou le massage des muscles antagonistes.

Toutes deux paraissent d'ailleurs être des phénomènes de nature réflexe, mais leurs arcs diastaltiques sont différents : la contracture somnambulique est un réflexe cutano-musculaire, la contracture léthargique un réflexe musculo-musculaire.

Les symptômes psychiques du somnambulisme sont plus complexes que ceux de la léthargie et de la catalepsie. Ils se résument cependant en phénomènes d'*automatisme cérébral* par opposition à l'*automatisme spinal* des cataleptiques. Le somnambule, en effet, est capable d'activité psychique, mais sa spontanéité est nulle ou peu s'en faut. Il obéit sans résistance à toutes les impulsions qu'il reçoit. Il accepte sans contrôle les idées qu'on lui suggère. Il exécute passivement les ordres qu'on lui donne. Il a perdu sa personnalité consciente et raisonnante. Il n'a plus d'idées à lui. Il s'empare de celles qu'on lui fournit; il les poursuit, les développe, les entoure parfois de quelques détails nouveaux, mais il ne peut les repousser. On dit à un sujet en état de somnambulisme qu'il est dans un jardin : il admire les fleurs qui l'entourent; on lui affirme qu'il est perdu dans un désert brûlant : il se couche comme s'il était épuisé de fatigue et de chaleur. On lui dit qu'il a six ans : il s'amuse comme un enfant; on lui affirme qu'il en a quatre-vingts, et il prend aussitôt les airs graves d'un vieillard. Il est, au gré de l'expérimentateur, triste ou gai, expansif ou taciturne, bon ou méchant. Bref, il présente dans toute leur splendeur les phénomènes si curieux de la *crédivité* ou de la *suggestibilité* dont nous nous occuperons ultérieurement avec plus de détails.

V

J'ai bien eu soin de vous dire, au début de cette leçon, que les études de M. Charcot avaient été faites sur les hystéro-épileptiques de son service. Quelques auteurs ne rencontrant pas en dehors de la grande hystérie, sur les sujets normaux ou réputés tels

hypnotisés par eux, les symptômes somatiques du grand hypnotisme, c'est-à-dire la *plasticité cataleptique*, l'*hyperexcitabilité neuro-musculaire de la léthargie* et l'*excitabilité cutano-musculaire du somnambulisme,* ont contesté la légitimité des divisions nosographiques établies à la Salpêtrière. M. Bernheim est même allé jusqu'à dire que c'étaient des « créations purement artificielles » résultant de suggestions inconscientes.

Cette affirmation ne repose sur aucun fondement. M. Bernheim, opérant sur d'autres sujets que M. Charcot, n'a pas observé les mêmes phénomènes, voilà le fait. Quant à l'explication qu'il en donne, elle est en opposition formelle avec les données de l'observation. On connaît aussi bien à la Salpêtrière qu'à Nancy les effets des suggestions et on sait y prendre les précautions nécessaires pour se mettre à l'abri de leur intervention inopportune. Au reste, ce n'est pas seulement à Paris qu'on a observé des malades présentant les trois stades du grand hypnotisme. MM. Tamburini et Seppilli[1] à Reggio-Emilia, M. Ladame[2] à Genève, MM. Rummo et Vizioli[3] à Naples, MM. Maira et Benavente[4] au Chili, etc., etc., ont vu des cas absolument semblables à ceux qui ont été décrits par M. Charcot. Est-il admissible qu'ils aient tous créé artificiellement, par voie de suggestion, des états pathologiques identiques?

D'autre part, la catalepsie, le somnambulisme et la léthargie se montrent quelquefois, à titre de manifestations de l'hypnose spontanée, chez des sujets qui n'ont jamais été soumis à des expériences d'hypnotisation. M. Vizioli a même rapporté une observation dans laquelle le malade passait spontanément par les trois stades du grand hypnotisme[5]. D'où lui venait la suggestion provocatrice?

La suggestion ne saurait davantage être mise en cause dans les cas où des malades arrivant dans un service, à la Salpêtrière ou ailleurs, présentent, *dès les premières hypnotisations,* les trois états léthargique, somnambulique et cataleptique, avec tous les phénomènes somatiques qui les caractérisent.

Elle n'explique pas non plus ceux où l'un ou l'autre de ces états s'est développé tout à coup à l'insu des observateurs et consécuti-

[1] Tamburini et Seppilli, *Contribuzione allo studio dell' ipnotismo* (*Rivista sperimentale di freniatria,* 1882).

[2] Ladame, *Revue de la Suisse romande,* 1881.

[3] Rummo, *Riforma medica,* 1888. — Vizioli, *Premier Congrès des médecins italiens à Naples.*

[4] Octavio Maira et David Benavente, *Hipnotismo y sugestion.* Santiago, 1887.

[5] Vizioli, *Del morbo ipnotico (Ipnotismo spontaneo autonomo) e delle suggestioni* (*Giornale di neuropatologia,* t. III, 1885, p. 289).

vement à des incidents qu'ils n'avaient pas préparés. Ainsi, chez une malade de MM. Tamburini et Seppilli[1], la catalepsie apparut subitement après un coup de fusil tiré près des fenêtres de l'appartement où se trouvait la malade. M. Babinski[2] a observé un fait analogue : Une de ses hystériques ne présentait, depuis dix-huit mois, que les deux phases somnambulique et léthargique qu'on avait constatées chez elle dès son entrée à l'hôpital. Un jour, pendant qu'elle était à l'état de veille, tranquillement occupée à un travail manuel, elle entendit un coup de tam-tam frappé dans une pièce voisine. Elle tomba aussitôt en catalepsie et, depuis ce moment, on put la placer expérimentalement en état cataleptique. Comment expliquer, dans ces deux cas, la suggestion de la catalepsie?

Mais voici un argument beaucoup plus topique. Si les phénomènes somatiques qui caractérisent le grand hypnotisme étaient le résultat de suggestions, il devrait être très facile de les produire artificiellement sur les sujets hypnotisables et suggestibles chez lesquels ils ne se développent pas de prime abord. Or, personne jusqu'à présent n'a pu provoquer, par ce moyen, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. M. Delbœuf s'est efforcé de le reproduire en indiquant à des sujets hypnotisés les mouvements qui devaient correspondre à chaque excitation périphérique; il n'y a pas réussi. « Nous avons, dit-il, travaillé deux ou trois jours à ce nouveau genre d'éducation et sans succès[3]. » M. Grasset[4] et M. Babinski[5] n'ont pas été plus heureux, ils ont essayé aussi de faire disparaître par suggestion le même phénomène chez des sujets qui le présentaient, et ils n'ont pu y arriver.

D'ailleurs, alors même que les phénomènes somatiques du grand hypnotisme seraient accessibles aux suggestions, cela ne prouverait pas qu'ils dépendent toujours de suggestions et qu'ils ne peuvent se produire que par suggestion. Des effets identiques résultent souvent de causes diverses. Ainsi que le fait très justement remarquer M. Babinski, la sécrétion des larmes est provoquée tantôt par une émotion morale, tantôt par un corps étranger dont le contact irrite la cornée; et de ce qu'on peut apaiser la faim par suggestion, il ne s'ensuit pas que l'aliment n'ait aucune influence sur cette sensation. Mais il est inutile de pousser la discussion

[1] Tamburini et Seppilli, *loc. cit.*
[2] Babinski, *Grand et petit hypnotisme* (*Archives de neurologie*, t. XVII, 1889).
[3] Delbœuf, *Le magnétisme animal*. Paris, 1889, p. 23.
[4] Grasset, *Leçons sur le grand et le petit hypnotisme* (*Revue de l'hypnotisme*, 1889).
[5] Babinski, *loc. cit.*, p. 253.

sur ce terrain, du moment qu'il est bien établi que les symptômes somatiques de l'hypnose ou tout au moins que certains de ces symptômes ne peuvent être produits par suggestion.

La conclusion qui ressort de tout cela, c'est que les phénomènes somatiques du grand hypnotisme ne sont pas des créations artificielles surajoutées par voie de suggestion aux phénomènes psychiques de l'hypnose expérimentale. La léthargie, la catalepsie, le somnambulisme sont des états distincts, dont la réalité clinique ne saurait être légitimement contestée. Mais ces états ne se montrent avec toute leur netteté que dans l'hypnotisme provoqué chez les hystériques. Nous chercherons la cause de cette élection quand nous aurons étudié les formes mixtes et frustes de l'hypnose expérimentale et que nous nous occuperons des rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme.

QUARANTE-SIXIÈME LEÇON

DES FORMES MIXTES ET FRUSTES DE L'HYPNOSE EXPÉRIMENTALE CHEZ LES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. États hypnotiques dérivés de la léthargie : États léthargoïdes les yeux ouverts et les yeux fermés; état de léthargie lucide.

II. États hypnotiques dérivés de la catalepsie : États cataleptoïdes les yeux ouverts et les yeux fermés; états cataleptoïdes avec hyperexcitabilité musculaire.

III. États hypnotiques dérivés du somnambulisme : État de fascination; état de charme; état paraphronique; état oneirique; état de veille somnambulique.

IV. Formes frustes de l'hypnose expérimentale.

Messieurs,

Les trois stades du grand hypnotisme : *la léthargie avec hyperexcitabilité neuro-musculaire, la catalepsie avec plasticité des membres et automatisme spinal, le somnambulisme avec excitabilité cutano-musculaire et automatisme cérébral,* correspondent à des types bien tranchés qui se trouvent rarement réalisés dans la nature à l'état de pureté parfaite. On les rencontre de loin en loin chez quelques sujets, mais ils ne font pas partie de la clinique courante. Je n'ai pu en trouver un seul exemple parmi les malades qui sont en ce moment dans le service, et c'est pour cela que, contrairement à mes habitudes, je n'ai fait dans la dernière leçon aucune démonstration objective.

En revanche, on observe très souvent, chez les hystériques, des états hypnotiques mixtes ou frustes, ressemblant par quelques-uns de leurs symptômes aux états typiques décrits par M. Charcot, mais en différant par des particularités importantes. Il y a un

sérieux intérêt à les connaître et à les classer. Leurs principales variétés sont indiquées dans le tableau ci-après :

VARIÉTÉS DES ÉTATS HYSTÉRO-HYPNOTIQUES

ÉTATS TYPIQUES	ÉTATS MIXTES OU FRUSTES
1° *État léthargique*	*a* État léthargoïde les yeux ouverts. *b* État léthargoïde les yeux fermés. *c* Léthargie lucide.
2° *État cataleptique*	*a* État cataleptoïde les yeux ouverts. *b* État cataleptoïde les yeux fermés. *c* État cataleptoïde avec hyperexcitabilité musculaire. *d* État d'extase.
3° *État somnambulique* ..	*a* État de fascination. *b* État de charme. *c* État paraphronique. *d* État oneirique. *e* État de veille somnambulique.
4° *États frustes.*	

Nous avons déjà étudié ensemble les formes typiques du grand hypnotisme; il ne nous reste plus qu'à passer en revue les formes mixtes et frustes de l'hypnotisme vulgaire.

I

ÉTATS HYPNOTIQUES DÉRIVÉS DE LA LÉTHARGIE

Le plus important des états hypnotiques dérivés de la léthargie est l'*état léthargoïde*. Vous pourrez l'étudier facilement sur la malade que voici :

Jeanne M... est une hystérique invétérée. Elle est hémianalgésique du côté gauche; elle est sujette à des attaques convulsives et à des attaques de sommeil. Elle est, en outre, facilement hypnotisable par la fixation du regard et par l'excitation de diverses zones hypnogènes. Je comprime une de ces zones placée dans la région sous-mammaire droite; aussitôt notre malade s'affaisse sur elle-même et tombe dans un état qui, de prime abord, ressemble

beaucoup à l'état léthargique type. Ses paupières sont closes, et agitées par un petit frémissement continuel, comme cela arrive d'habitude dans la grande léthargie; ses membres flasques, inertes, privés de tonus musculaire, ne se contracturent pas sous l'influence de l'insufflation de la peau ou des frictions légères. Nous crions aux oreilles de notre malade, elle ne bronche pas; nous la piquons sur différents points du corps, elle ne manifeste aucune souffrance et ne fait aucun mouvement pour se soustraire à l'excitation.

Tout cela appartient bien à la symptomatologie régulière de l'état léthargique, mais si nous entrons plus avant dans les détails nous allons trouver des différences notables. En premier lieu, vous pouvez constater que la compression des muscles, des tendons et des troncs nerveux des membres ou de la face ne provoque aucune réaction motrice. Le phénomène de l'*hyperexcitabilité neuro-musculaire,* qui constitue un des symptômes les plus importants de la grande léthargie, fait donc complètement défaut chez notre malade. J'ajouterai que les réflexes rotuliens ne sont pas exagérés, ce qui est encore en opposition avec la règle établie à la Salpêtrière.

En outre, l'ouverture des paupières de la malade dans un lieu éclairé ne transforme pas la léthargie en catalepsie. Les paupières écartées par une main étrangère et maintenues un instant dans cette position restent même indéfiniment ouvertes sans qu'il y ait rien de changé dans les autres symptômes.

Enfin, l'indifférence de la malade aux excitations extérieures est plus apparente que réelle. Il est bien vrai qu'elle ne bronche pas quand on lui parle, qu'elle ne réagit pas quand on la pique ou quand on la pince, mais, néanmoins, elle entend ce qu'on lui dit et sent ce qu'on lui fait. La preuve, c'est que si on lui donne, pendant qu'elle est endormie, l'ordre d'accomplir un acte déterminé après son réveil, elle exécute au moment voulu l'acte suggéré, ce qui démontre bien qu'elle a entendu. De même, si, après l'avoir piquée pendant le sommeil léthargoïde, on la met en état somnambulique et si on lui demande ce qu'elle a senti précédemment, elle dit fort bien qu'on l'a piquée dans tel ou tel point du corps, qu'elle l'a parfaitement senti, mais qu'au moment où elle a éprouvé la douleur il lui était impossible de se mouvoir.

Nous sommes donc en présence d'une forme incomplète de léthargie que je vous propose d'appeler (car il faut absolument fixer par des mots précis chaque série phénoménale bien déterminée) *état léthargoïde,* pour le séparer de la grande léthargie

ou état léthargique type de l'école de la Salpêtrière[1]. Cet état léthargoïde peut coïncider avec l'ouverture ou l'occlusion des yeux.

Il existe une autre variété de léthargie qu'on désigne sous le nom de *léthargie lucide*. Elle est essentiellement caractérisée par une sorte de stupeur générale avec inertie musculaire et impossibilité de réagir aux excitations extérieures, mais avec conservation de la conscience, des impressions sensorielles, particulièrement des impressions auditives, et du souvenir, après le réveil, des événements survenus pendant la durée de l'accès. Cet état peut être, chez certains sujets, provoqué par des manœuvres hypnogènes; il peut aussi survenir spontanément à la suite de grandes émotions morales. M. Dumontpallier en a rapporté une observation très précise. Une hystérique de son service, facilement hypnotisable et soumise à de fréquentes expériences, avait pour voisine une malade qui, la nuit, dans un accès de délire, se leva et ouvrit les rideaux de son lit. L'hystérique, effrayée, se sentit aussitôt paralysée de tout le corps. Le lendemain matin, à la visite, on la trouva inerte, insensible à la piqûre et présentant très nettement le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire qui accompagne habituellement l'état léthargique. Réveillée par M. Dumontpallier, elle lui raconta que depuis l'instant où elle avait été épouvantée par sa voisine elle n'avait plus pu remuer les membres ni les lèvres, ni ouvrir les yeux, mais qu'elle avait entendu tout ce qui se passait dans la salle et qu'elle craignait beaucoup de rester indéfiniment dans cet état de paralysie et d'être ensevelie vivante sans avoir pu faire comprendre qu'elle n'était pas morte[2].

Une dame du monde, sérieuse, honnête et absolument digne de foi, m'a souvent raconté qu'étant enfant, elle tomba dans un état d'engourdissement et d'inertie tel que ses parents la crurent morte. Cet état persista quarante-huit heures. La malade entendait tout ce qu'on disait dans la chambre; elle se rendait compte du désespoir de ses parents; elle assistait aux préparatifs de ses funérailles, et il lui était impossible de faire un geste ou de pousser un cri. Elle revint tout à coup à l'état de veille normal, à la grande stupéfaction de son entourage, et a toujours conservé le souvenir des émotions pénibles qu'elle a éprouvées durant cet accès de *léthargie lucide*.

[1] Un de mes élèves, M. Blanc-Fontenille, a décrit cette forme de léthargie dans une note *sur les zones léthargogènes et léthargo-frénatrices chez les hystériques* (*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, séance du 5 mai 1885, p. 94).

[2] Dumontpallier, *Léthargie incomplète avec conservation de l'ouïe et de la mémoire* (*Société de biologie*, 3 juin 1885).

II

ÉTATS HYPNOTIQUES DÉRIVÉS DE LA CATALEPSIE

Entre l'état cataleptique et l'état somnambulique, il existe une série de stades intermédiaires, de véritables hybrides dont la symptomatologie tient à la fois de celle des deux types fondamentaux dont ils dérivent. Ce sont les *états cataleptoïdes.*

D'après les différences de leurs apparences cliniques, il faut en distinguer plusieurs variétés.

Dans celle qu'on observe le plus souvent, les sujets hypnotisés restent immobiles, les yeux ouverts ou fermés, et conservent les attitudes qu'on donne à leurs membres comme le feraient de vrais cataleptiques. Mais si on vient à leur fermer les yeux, ils ne tombent pas dans l'état léthargique; si on leur parle, ils répondent aussitôt aux questions qu'on leur pose; si on leur ordonne de mouvoir leurs membres, ils obéissent avec la plus grande facilité. Enfin, il est possible de provoquer des contractures diffuses de leurs muscles par des excitations légères et superficielles de la peau, ainsi que cela se produit dans l'état somnambulique vrai.

L'état cataleptoïde est donc formé par un mélange de symptômes propres à la catalepsie et au somnambulisme. Comme c'est lui que nous rencontrons le plus souvent chez nos malades, je vais vous en montrer un ou deux exemples, afin de bien graver ses caractères dans vos esprits.

Paule C... est une hystérique sujette à des attaques convulsives. A l'état de veille normal, elle est hémianesthésique du côté droit. Il suffit de fixer son regard sur un objet quelconque placé au voisinage de ses yeux pour qu'elle s'endorme en *état cataleptoïde les yeux ouverts*. La voilà dans cet état. Ainsi que vous le voyez, elle reste debout, les yeux grands ouverts, le regard fixe. Elle ne fait spontanément aucun mouvement; elle ne pense à rien; elle paraît totalement indifférente à ce qui se passe autour d'elle.

Si nous la piquons sur un point quelconque du côté droit du corps, elle ne bronche pas; si nous faisons la même épreuve sur le côté gauche, elle retire son membre et se plaint. La sensibilité cutanée est donc telle qu'elle était à l'état de veille : le côté gauche du corps est sensible, le côté droit, insensible. Mais un examen plus détaillé permet de constater une modification qui ne manque

pas d'importance. A l'état de veille, on ne constate pas d'haphalgésie; dans l'état cataleptoïde, au contraire, le simple contact de certaines substances détermine une sensation de brûlure très vive, et cause, s'il est prolongé au delà de quelques instants, une grande attaque convulsive. L'or et l'argent sont les métaux qui ont l'action haphalgésique la plus active; ensuite viennent le plomb, le fer, le zinc, l'étain. Le contact du cuivre ne provoque presque pas de douleur. Le verre, la porcelaine, le caoutchouc, le bois, etc., sont indifférents. Il est à noter que l'haphalgésie se produit également bien du côté droit ou du côté gauche du corps de notre malade et qu'elle est aussi marquée sur les muqueuses que sur la peau.

Je crois que ces phénomènes d'haphalgésie sont très communs dans l'état cataleptoïde, car presque toutes nos hystériques hypnotisables les présentent à des degrés divers[1].

Les symptômes musculaires de l'état cataleptoïde sont : l'*immobilité cataleptique* et l'*excitabilité cutano-musculaire*. Tous deux peuvent être vérifiés très facilement sur notre malade. Je soulève son bras, et vous voyez qu'il reste immobile dans la position dans laquelle je l'ai placé. Je souffle légèrement sur l'avant-bras du côté opposé, et voilà la contracture qui s'installe et gagne de proche en proche tous les muscles du corps. Je me hâte de la faire passer en soufflant plus fortement sur la peau, car elle nous gênerait dans les expériences qu'il nous reste à pratiquer.

Les phénomènes d'*automatisme spinal et cérébral* se montrent dans l'état cataleptoïde avec une grande netteté. Les mouvements d'imitation sont très faciles à produire. Je me place devant Paule C... dont les yeux sont toujours ouverts et j'exécute des mouvements de latéralité du tronc; après quelques instants, la malade reproduit exactement les mêmes mouvements. Je ferme mon poing, elle ferme le sien; je me baisse, elle se baisse, etc. Enfin, elle accepte toutes les suggestions qu'on veut bien lui donner : je lui dis qu'il fait chaud, et elle s'évente comme si elle étouffait; je lui dis qu'il fait froid, et elle souffle dans ses doigts comme pour les réchauffer. Nous étudierons plus tard tous ces phénomènes dont je tiens

[1] Il est difficile de dire à quelle époque exacte ont été constatés pour la première fois ces phénomènes d'haphalgésie. Ils paraissent avoir été notés par les magnétiseurs depuis longtemps. « L'abbé Faria, dit le général Noizet, pensait qu'il suffisait qu'un somnambule portât sur lui un métal oxydable pour qu'il éprouvât des convulsions et ressentît de violentes douleurs pendant le sommeil. Il le vérifia souvent en effet, et je fus témoin de plusieurs crises qu'il avait prédites. » (*Op. cit.*, p. 238.)

seulement aujourd'hui à vous signaler l'existence dans l'état cataleptoïde les yeux ouverts ou les yeux fermés.

Dans une variété de cet état, beaucoup moins commune que les précédentes, les symptômes musculaires sont encore plus compliqués puisqu'on peut observer à la fois, sur le même sujet, la plasticité de l'état cataleptique, l'excitabilité cutano-musculaire de l'état somnambulique et des phénomènes analogues à ceux de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de l'état léthargique. M. Dumontpallier [1] et son élève M. Magnin [2] ont observé des faits de ce genre. Je puis vous en montrer un qui est, ce me semble, d'une parfaite netteté. La malade que nous allons étudier ensemble, Marie-Louise F..., est une hystérique à attaques, analgésique totale et très facilement hypnotisable par la fixation du regard et par la pression de nombreuses zones hypnogènes. Je l'endors par la pression d'une de ces zones, et, sans m'occuper des symptômes sensitifs ou psychiques qu'elle peut présenter, je vais procéder à l'exploration méthodique de son système musculaire.

Vous remarquerez tout d'abord que ses membres ne sont pas rigides : on peut les déplacer dans tous les sens sans éprouver de résistance. De plus, ils restent immobiles dans les attitudes qu'on leur donne. Ce sont bien là, si je ne me trompe, les caractères de la plasticité cataleptique.

Mais poursuivons notre analyse.

Je souffle légèrement sur l'avant-bras droit de notre malade, et voilà qu'une contracture intense s'installe dans tous les muscles de l'avant-bras, de la main et du bras, tout comme cela se produirait dans l'état somnambulique type.

Enfin, l'excitation mécanique des muscles ou des tendons détermine des contractions isolées des muscles directement excités, comme cela se produit dans l'état léthargique type. J'applique l'extrémité de mon index sur le sterno-mastoïdien droit et aussitôt la face de la malade se porte à gauche et en haut; je place le doigt sur son biceps brachial, et l'avant-bras se fléchit sur le bras; je comprime son mollet, et le pied correspondant se place dans l'attitude spéciale du pied-bot équin. Nous pouvons ainsi obtenir la contraction isolée de chacun des muscles superficiels, et refaire, sans le secours de l'électricité, toutes les expériences de Duchenne, de Boulogne, sur la physiologie de ces muscles. (Planches IX et X.)

[1] Dumontpallier, Communications à la Société de biologie, 1882, 1883, 1884.
[2] Magnin, *Étude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme*. Th. doct., Paris, 1884.

En étudiant, ces jours-ci, les réactions musculaires de notre malade, j'ai constaté un certain nombre de particularités qui m'ont paru fort intéressantes et que je veux vous signaler incidemment, bien qu'elles soient un peu étrangères aux questions qui doivent nous occuper aujourd'hui.

J'ai remarqué tout d'abord que certains muscles répondaient aux excitations mécaniques continues par des contractions rythmiques. Tels sont les muscles masticateurs. Quand on applique le doigt ou un objet dur quelconque sur la région masséterine, on provoque des mouvements alternatifs et réguliers d'élévation et d'abaissement de la mâchoire inférieure. Quand on porte l'agent excitateur au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure au niveau des muscles ptérygoïdiens, on observe des mouvements de latéralité de la mâchoire inférieure.

Enfin, quand on excite simultanément le ptérygoïdien et le masséter en appliquant un doigt en avant de la branche montante du maxillaire inférieur et l'autre au-dessous de l'angle du même os, on détermine les mouvements complexes de la mastication ordinaire.

Voici une autre particularité non moins curieuse : Quand on soumet à une excitation mécanique égale et continue deux muscles ou deux groupes musculaires antagonistes, ces muscles ou ces groupes de muscles se contractent alternativement et impriment des mouvements successifs et en sens inverse aux parties sur lesquelles ils s'insèrent. Exemple : J'applique un doigt sur le sterno-mastoïdien droit et un autre sur le sterno-mastoïdien gauche; aussitôt la tête commence à exécuter des mouvements réguliers de droite à gauche et de gauche à droite, et ces mouvements se répètent tant que dure l'excitation simultanée des deux muscles.

Des effets analogues s'observent quand les doigts sont appliqués sur deux groupes musculaires antagonistes des membres ou du tronc. J'applique, par exemple, une main sur les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen et l'autre sur la masse sacro-lombaire; cela provoque des mouvements de balancement régulier du tronc en avant et en arrière. J'applique un doigt sur le groupe des muscles extenseurs de la main et l'autre sur le groupe des fléchisseurs : la main s'étend et se fléchit alternativement.

Les réactions musculaires qui se produisent chez notre malade à la suite des excitations mécaniques rappellent, dans une certaine

mesure, celles que MM. Charcot et Richer ont décrites dans la grande léthargie. Toutefois, l'identité n'est pas complète. Chez les léthargiques de la Salpêtrière, l'hyperexcitabilité est neuro-musculaire; chez notre malade, elle n'est que musculaire, car la pression sur le trajet des troncs nerveux mixtes ne donne lieu à aucune contraction des muscles innervés par ces troncs nerveux.

Quoi qu'il en soit, voilà un sujet hypnotisé sur lequel on peut observer simultanément des symptômes musculaires appartenant à l'état cataleptique, à l'état somnambulique et à l'état léthargique. Cela veut-il dire que la classification de M. Charcot soit artificielle et qu'elle ne doive pas être conservée dans la science? Nullement, mais cela prouve que les symptômes caractéristiques de la léthargie, du somnambulisme et de la catalepsie peuvent, dans certains cas, s'associer de façon à former des combinaisons variées, des espèces hybrides dont le clinicien pourra facilement établir la nomenclature en tenant compte de leurs affinités avec les grands types nosographiques établis à la Salpêtrière.

L'*état d'extase* est une variété ou plutôt un épisode de l'état cataleptique. On le provoque facilement en faisant de la musique devant les sujets en état cataleptique. Il peut se produire primitivement dans les attaques de sommeil spontané, mais il est rare de l'obtenir d'emblée dans l'hypnose provoquée.

III

ÉTATS HYPNOTIQUES DÉRIVÉS DU SOMNAMBULISME

Les principales variétés dérivées de l'état somnambulique sont : l'état de fascination, l'état de charme, l'état de veille somnambulique, l'état parakopique et l'état oneirique.

a) L'*état de fascination* a été bien décrit par M. Brémaud. Il se produit sur certains sujets par la fixation brusque du regard. Alors le sujet fasciné par l'hypnotiseur imite servilement et automatiquement tous les gestes, tous les mouvements de ce dernier.

« L'effet, raconte M. Brémaud, est foudroyant... Le regard du sujet est dorénavant fixé sur mes yeux. Je recule, M. Z... me suit; sa démarche est singulière : la tête est projetée en avant, les épaules relevées, les bras pendants le long du corps. Dans la course à laquelle M. Z... se livre pour me suivre, ses bras restent immobiles; sa figure a pris une apparence particulière; toute expression a disparu; les yeux sont fixes, les traits figés;

pas une fibre ne remue, pas une parole ne sort de ses lèvres immobiles; le masque est pétrifié. Il semble qu'il ne reste plus dans ce cerveau qu'une idée fixe : ne pas quitter le point lumineux de mon œil. Parlez-lui, il ne vous répondra pas; insultez-le, pas une fibre de son visage ne tressaillera; frappez-le, il ne sentira pas la douleur; l'analgésie est évidente; les pincements, les chatouillements ne produisent aucune modification de mouvements, et pourtant M. Z... a conscience de son état; il a entendu tout ce qui s'est dit, et, revenu à l'état normal, il rendra compte de tout ce qu'il aura éprouvé. Pour le faire sortir de cet état de fascination — car c'est bien là, ce me semble, l'état de l'oiseau devant le serpent, — un souffle sur l'œil va suffire. Je souffle, la scène change; la figure a repris instantanément sa mobilité, la congestion a disparu; les bras, les épaules ont repris la liberté d'action; la sensibilité cutanée est maintenant normale, et M. Z..., qui semble soulagé et étonné, va nous dire qu'il a eu conscience de toute cette scène, mais qu'il était incapable de manifester sa volonté et se sentait lié à mon regard par un lien plus fort que lui-même. »

Cet état serait, d'après M. Brémaud, le premier degré de l'hypnose expérimentale vulgaire. Il ne se produirait guère que chez les hommes et encore chez ceux qui n'ont pas été hypnotisés souvent. Si les expériences se répètent, les sujets, devenant plus sensibles aux manœuvres hypnotiques, brûlent pour ainsi dire cette phase de fascination, et arrivent d'emblée à des degrés plus avancés de l'état hypnotique.

b) L'*état de charme* se rapproche beaucoup de l'état de fascination. M. Liébeault le décrit dans les termes suivants :

« Parmi les sujets que l'on peut endormir, on en trouve qui arrivent seulement dans un engourdissement très curieux et désigné sous le nom de charme; ceux-ci pensent encore activement et ont une conscience assez nette du monde extérieur; mais si on leur affirme, par exemple, l'impossibilité de parler, de faire certains mouvements, voire même de sentir, ou si on leur suggère l'idée d'actes absurdes, leur attention, déjà sans ressort, s'immobilise complètement sur les idées imposées; leur esprit les adopte et l'organisme obéit; ce sont de vrais automates placés sur la limite de la veille et du sommeil[1]. »

c) L'*état paraphronique* (παραφρών, délirant), est caractérisé par une sorte de délire accompagné de mouvements, d'attitudes, de paroles et d'actes en rapport avec les conceptions délirantes des sujets.

d) L'*état oneirique* (de ὄναρ, ὄνειρος, rêve) diffère du précédent parce que le délire est purement et simplement un délire de

[1] Liébeault, *Le sommeil et les états analogues*. Paris, 1866, p. 32.

paroles, un rêve parlé. Cet état, de même que le précédent, s'observe plus fréquemment dans les attaques de sommeil et dans la phase terminale des attaques convulsives que dans l'hypnose expérimentale.

e) L'*état de veille somnambulique* est l'état dans lequel les sujets éveillés ou paraissant éveillés, accomplissent les suggestions qui leur ont été données. Ils ont toutes les apparences de l'état de veille normal : leurs yeux sont ouverts, leur physionomie mobile, leurs mouvements libres, leur sensibilité intacte. Ils ne diffèrent de ce qu'ils sont à l'état normal que par deux particularités : 1° ils exécutent au moment voulu et sous la pression d'une impulsion irrésistible les actes suggérés; 2° ils ne conservent pas, lorsqu'ils sont revenus à l'état normal, le souvenir de ce qu'ils ont fait pendant la veille somnambulique.

IV

ÉTATS HYPNOTIQUES FRUSTES

Indépendamment des variétés que nous venons de passer en revue, il y a, même chez les hystériques, des états incomplets, frustes, mal définis, qui diffèrent à peine de l'état normal et ne présentent qu'un petit nombre des symptômes propres à l'hypnotisme.

J'ai rencontré plusieurs hystériques invétérées chez lesquelles la fixation prolongée du regard provoquait une sorte d'engourdissement général avec occlusion des paupières, sans aucun autre trouble sensitif musculaire ou psychique. La nommée Justine B... est dans ce cas. Elle s'endort assez rapidement par la fixation du regard. Une fois endormie, ses paupières sont fermées et agitées par ce petit frémissement continuel qui s'observe très fréquemment dans le sommeil hypnotique. Les muscles ont conservé leur tonus normal; ils ne gardent pas les attitudes cataleptoïdes; ils ne sont pas hyperexcitables. On ne peut provoquer ni phénomènes d'imitation ni hallucinations sensorielles d'aucune espèce. Les suggestions ne sont pas acceptées. La personnalité est conservée. La malade est seulement un peu plus expansive qu'à l'état de veille normal. Les phénomènes de l'hypnose sont réduits dans ce cas à leur plus simple expression : occlusion des paupières et légère modification du caractère, rien de plus.

Enfin, il n'est peut-être pas inutile de vous rappeler en terminant,

que le sommeil hypnotique ne peut pas être obtenu chez tous les hystériques. Un bon nombre de malades de cette catégorie, porteurs de stigmates manifestes, atteints de convulsions, de contractures ou de paralysies franchement et indubitablement hystériques, sont réfractaires aux manœuvres hypnogènes.

Les formes frustes de l'hypnose s'observent très fréquemment chez les sujets non hystériques.

M. Liébeault, qui a surtout étudié l'hypnotisme sur des personnes saines ou ne présentant pas, tout au moins, des symptômes évidents d'hystérie avérée, lui assigne cinq degrés différents :

Dans le premier degré, les sujets n'éprouvent qu'une légère *somnolence* accompagnée d'un peu de pesanteur et d'engourdissement; dans le deuxième, ils semblent être dans un *sommeil léger* durant lequel ils entendent tout ce qui se passe autour d'eux; dans le troisième, ils dorment d'un *sommeil profond,* ils restent cependant en rapport avec le monde extérieur, mais, au réveil, ils ne se souviennent plus de ce qu'ils ont fait, dit ou entendu pendant leur sommeil; dans le quatrième, ils dorment d'un *sommeil très profond* et ne sont plus en rapport qu'avec celui qui les a endormis; enfin, dans le cinquième et le sixième, ils sont en état de *somnambulisme léger* ou *profond.*

MM. Bernheim, Beaunis, Liégeois, etc., ont accepté presque sans y rien changer cette division du sommeil hypnotique en six degrés. D'après eux, la léthargie et la catalepsie vraies ne s'observeraient jamais chez les sujets non hystériques, quels que soient d'ailleurs les procédés employés pour les hypnotiser. Je me contente de vous signaler ces opinions. Leur discussion nous entraînerait en dehors de nos études, car je tiens essentiellement à rester sur le terrain de la clinique et à ne m'occuper ici que de l'hypnose provoquée telle qu'on l'observe couramment chez les hystériques.

QUARANTE-SEPTIÈME LEÇON

DES SUGGESTIONS HYPNOTIQUES

SOMMAIRE

I. Historique des suggestions. Expériences de l'abbé Faria, du général Noizet, de Braid. Recherches modernes.

II. Démonstrations expérimentales sur une malade du service. Résumé de son observation. Différents états hypnotiques provoqués chez cette malade : état cataleptoïde les yeux ouverts, état cataleptoïde les yeux fermés, état léthargoïde.

III. Des suggestions par la vue : mouvements d'imitation, prise du regard. Explication du phénomène de l'attraction magnétique.

MESSIEURS,

Nous allons commencer aujourd'hui l'étude des *suggestions hypnotiques*, c'est-à-dire des phénomènes psychiques les plus intéressants de l'hypnose provoquée.

Lorsqu'un sujet est hypnotisé, il devient une sorte d'automate, un mécanisme vivant capable d'activité mais privé de spontanéité, que l'expérimentateur peut faire penser et agir à sa guise. On peut, par suggestion, lui donner des idées ou des sentiments variés, le forcer à exécuter des actes simples ou complexes, paralyser ses muscles, contracturer ses membres, anesthésier ou hyperesthésier ses organes. On est, dans une certaine mesure, maître de sa sensibilité, de sa motilité, de sa volonté, de son jugement : il ne sent que ce qu'on veut qu'il sente; il ne fait que ce qu'on veut qu'il fasse; il ne pense que ce qu'on veut qu'il pense [1].

[1] M. Paul Janet définit la suggestion : « l'opération par laquelle, dans l'état d'hypnotisme ou peut-être dans certains états de veille à définir, on peut, à l'aide de certaines sensations, surtout à l'aide de la parole, provoquer dans un sujet nerveux bien disposé une série de phénomènes plus ou moins automatiques et le faire parler, agir, penser, sentir comme on le veut, en un mot le transformer en machine. » (*De la suggestion dans l'état hypnotique*, in *Revue politique et littéraire*, 25 juillet 1884.)

I

L'abbé Faria est le premier observateur qui ait réalisé des expériences précises sur les suggestions hypnotiques. Un de ses disciples, le général Noizet[1], rapporte dans les termes suivants quelques-unes des expériences les plus démonstratives qu'il avait coutume de pratiquer.

« Il suffit, dit-il, qu'un magnétiseur veuille faire éprouver une sensation quelconque à son somnambule et qu'il exprime cette volonté pour que la sensation se produise aussitôt. J'ai vu et répété moi-même plusieurs fois cette expérience curieuse qui peut conduire aux résultats les plus favorables pour le traitement des maladies, mais il ne paraît pas qu'en général les magnétiseurs les connaissent ou qu'ils y fassent beaucoup d'attention. A peine en est-il fait mention dans le recueil de leurs observations.

» L'abbé Faria produisait souvent de semblables effets. Il demandait à ses somnambules, pendant leur sommeil, s'ils voulaient prendre quelque rafraîchissement ou bien quelque médicament, et il leur donnait ensuite un verre d'eau auquel ils trouvaient la saveur de la substance qu'ils avaient cru prendre. Il leur offrait du tabac et leur faisait respirer une substance quelconque qui produisait sur eux le même effet que si elle eût été du tabac à priser. J'ai vu un somnambule, ajoute le général Noizet, qui, croyant respirer une odeur forte comme celle de l'ammoniaque, ne pouvait supporter pendant quelques secondes l'approche d'un flacon vide qu'on lui mettait au-dessous des narines. D'autres éprouvaient à volonté des sensations de froid, de chaud, enfin de toute espèce. Il faisait, en outre, sur la vision une expérience assez remarquable que je vais rapporter : il demandait à un somnambule s'il désirait voir quelque personne absente à laquelle il fût attaché. Lorsque cette personne était désignée, il ordonnait au somnambule de la voir, et aussitôt elle lui apparaissait. Il lui commandait ensuite de fixer dans sa mémoire l'image de cette personne et de continuer à la voir, même après le réveil, jusqu'à ce que, par un signe, il détruisît l'illusion. Il le réveillait, et l'image restait présente jusqu'à ce qu'il fît le signe convenu. Je me souviens d'avoir vu faire cette expérience sur un officier russe qui voulait voir sa femme, restée dans son pays. L'illusion donna lieu au spectacle le plus attendrissant. Cet officier versait des larmes amères en croyant voir l'objet de sa tendresse se refuser à ses embrassements, mais bientôt se dissipèrent et le charme et les regrets.

» Je n'ai pas manqué d'essayer plusieurs fois cette expérience sur mon somnambule prussien, et toujours elle réussit parfaitement[2]. »

[1] Général Noizet, *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal*, adressé en 1820 à l'Académie royale de Berlin et publié en 1854. Paris, 1854, 1 vol. in-8°.
[2] Général Noizet, *op. cit.*, p. 110-111.

L'abbé Faria n'avait fait que constater le phénomène de la suggestibilité. Braid analysa ses conditions de production et sut fort bien apprécier le rôle important qu'il joue dans la symptomatologie de l'hypnotisme.

« Les patients, dit-il, montrent une sensibilité exagérée ou de l'insensibilité, une puissance musculaire incroyable ou la perte complète de la volonté, selon les impressions que l'on crée chez eux sur le moment. Ces impressions se produisent à la suite de suggestions auditives, c'est-à-dire provenant d'une personne en laquelle le patient a confiance, ou à la suite de quelque impression physique à laquelle ils avaient précédemment associé la même idée, ou bien encore par suite de la position, de l'activité ou du repos que l'on a communiqué à leur personne ou à certains groupes de muscles. En effet, on peut jouer avec de semblables patients, dans la phase appropriée du sommeil, comme sur un instrument musical, et leur faire prendre les rêves de leur imagination pour la réalité actuelle. Leur jugement et leur volonté sont tellement soumis à leur enchanteur momentané et leur imagination est excitée à un tel point qu'ils voient, sentent et agissent comme si toutes les impressions qui leur passent par la tête étaient la réalité; ils sont pleins de ces idées, ils en sont possédés et agissent en conséquence, quelque folles qu'elles soient [1]. »

Dans la période moderne l'étude des suggestions a été reprise et considérablement développée par MM. Féré [2], Bernheim [3], Liégeois [4] et par presque tous les auteurs qui se sont occupés dans ces dernières années de l'hypnotisme expérimental. C'est grâce à eux que les prétendues merveilles du magnétisme animal ont été dégagées des illusions qui les enveloppaient et réduites à quelques phénomènes psychiques très simples que tout le monde peut reproduire, observer, analyser, et dont nous allons étudier ensemble les manifestations et les lois.

II

Selon la méthode qui convient seule à l'enseignement clinique, je ne me bornerai pas à faire de ces phénomènes une description

[1] Braid, *Neurypnologie. Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme.* Traduction française par Jules Simon, p. 231-232.

[2] Féré, *Les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expériences en médecine mentale. Illusions, hallucinations, impulsions irrésistibles provoquées; leur importance au point de vue médico-légal* (*Société médico-psychologique*, séance du 28 mai 1883).

[3] Bernheim, *De la suggestion et de ses applic. à la thérapeutique*, 2e édit. Paris, 1886.

[4] Liégeois, *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale.* Paris, 1889.

didactique; je vous les montrerai sur des malades du service et particulièrement sur l'une d'elles chez laquelle ils se produisent avec une grande facilité. Mais avant de procéder aux expériences, je vous dirai quelques mots de l'histoire de cette malade.

Albertine M... est âgée de vingt-huit ans. C'est une enfant trouvée, par conséquent nous ignorons quelle part doit être faite à l'hérédité dans l'origine des troubles nerveux dont elle est atteinte. Élevée à l'Hospice des Enfants-Trouvés de Bordeaux, elle est entrée à l'âge de dix-neuf ans comme cuisinière chez un certain M. A..., dont elle devint bientôt la maîtresse, par naïveté plutôt que par entraînement sensuel, car elle n'a jamais éprouvé aucun plaisir dans les rapprochements sexuels. Elle resta trois ans chez M. A..., souvent tracassée par son maître et se querellant fréquemment avec lui. Un jour, à la suite d'une discussion plus violente que les autres, elle résolut d'en finir. Elle acheta un pistolet, le chargea de deux balles, « une pour lui, dit-elle, et une pour moi, » puis revint à la maison bien décidée à tuer son amant et à se tuer elle-même. Mais quelques paroles aimables de M. A... suffirent pour ébranler ses résolutions. On se réconcilia. Toutefois l'émotion avait été vive, et Albertine eut, le jour même, sa première grande attaque convulsive.

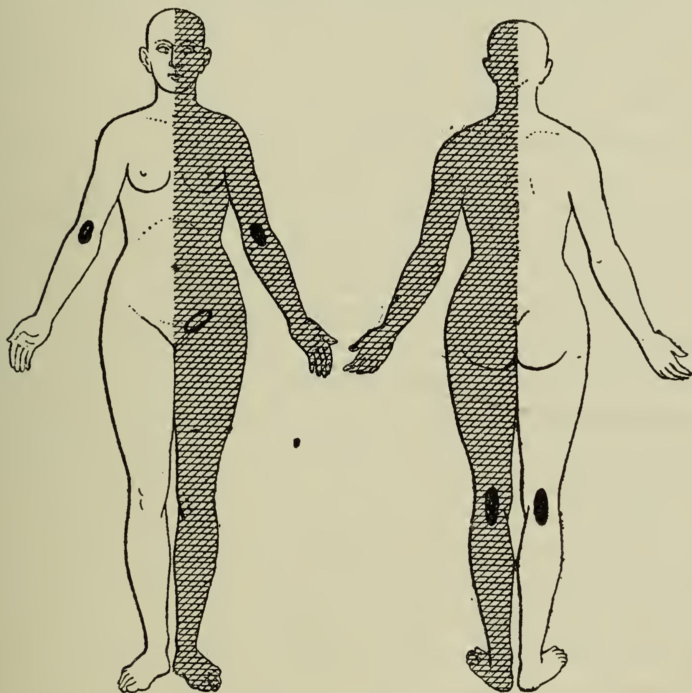
A partir de cette époque, elle a eu, pendant deux ans, des attaques convulsives presque quotidiennes. Plus tard, ces attaques convulsives ont été remplacées par des *attaques de sommeil* et des *attaques de délire* qui se répètent encore aujourd'hui plusieurs fois par semaine. Les attaques de sommeil sont précédées d'une aura spéciale, différente de celle des attaques convulsives. La malade sent dans le flanc gauche une boule de la grosseur d'un œuf de poule qui se détache de la région ovarienne et fait rapidement sept ou huit tours dans l'abdomen. Aussitôt après, surviennent des langueurs d'estomac très pénibles, qui persistent pendant un temps variable de quelques minutes à deux ou trois heures. Puis, tout à coup, la malade éprouve une constriction aux tempes; ses yeux deviennent brillants, humides, sa tête se renverse en arrière, elle fait deux ou trois grands mouvements avec les bras et tombe dans l'état de sommeil hypnotique spontané.

Dans l'intervalle de ces attaques, Albertine jouit en apparence d'une bonne santé. Elle présente cependant quelques troubles permanents qui suffiraient à démontrer, en dehors de toute autre manifestation, que c'est une hystérique. Elle est hémianesthésique

et hémiparétique du côté gauche. L'hémianesthésie est complète *(fig. 23)*; elle porte à la fois sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux. L'hémiparésie est surtout marquée au membre supérieur gauche dont la force est de moitié moins grande que celle du membre supérieur du côté opposé. Au dynamomètre, en effet, Albertine donne 35 kilog. de pression de la main droite et 14 de la main gauche.

On trouve sur Albertine plusieurs espèces de zones hystérogènes.

Fig. 23. — Zones hypnogènes et spasmo-frénatrices d'Albertine M...



Sous les seins, elle présente deux zones *spasmogènes* dont la pression détermine l'attaque convulsive. Au niveau des creux poplités et des plis du coude, aussi bien à droite qu'à gauche, existent des zones *hypnogènes* dont la pression provoque le sommeil hypnotique *(fig. 23)*. Enfin l'ovaire gauche *(fig. 23)* joue le rôle de *zone frénatrice* des convulsions et du sommeil artificiel; sa pression arrête l'attaque convulsive au milieu même de son évolution, et elle dissipe le sommeil hypnotique spontané ou provoqué, à quelque phase qu'il se trouve.

Par l'application des procédés hypnogènes vulgaires, on peut provoquer chez Albertine plusieurs états hypnotiques différents. Il en est au moins trois très distincts que l'on peut produire facilement. Ce sont : *l'état cataleptoïde les yeux ouverts, l'état cataleptoïde les yeux fermés* et *l'état léthargoïde.*

Je presse légèrement sur le pli du coude de la malade. Vous voyez que ses yeux deviennent brillants, qu'elle renverse sa tête en arrière, qu'elle fait une grande inspiration. Elle est maintenant en *état cataleptoïde les yeux ouverts.* Elle reste debout, immobile, indifférente en apparence à tout ce qui se passe autour d'elle. Elle ne pense à rien et resterait indéfiniment dans l'inertie abolue si on ne l'en tirait d'une façon ou de l'autre. Elle est cependant capable de se mouvoir, de penser, de communiquer par la parole ou le geste avec le monde extérieur. Si nous le lui commandons, elle va marcher, sauter et exécuter tous les mouvements que nous lui ordonnerons, sauf ceux des paupières qu'il lui est impossible de fermer volontairement. Elle parlera, fera un calcul mental, nous racontera tel fait de sa vie passée sur lequel nous l'interrogerons. Mais si nous ne provoquons pas ces manifestations de l'activité psychique ou physique, elles ne se produiront pas spontanément. La malade restera silencieuse et ses membres demeureront immobiles dans quelque position que nous les placions. Je mets ses bras en croix, ils restent étendus et resteront dans cette position pendant un quart d'heure, une demi-heure et plus, sans que la fatigue se produise comme elle se produirait, dans un laps de temps plus court, chez un sujet non hypnotisé. Dans cet état, l'hémianesthésie persiste comme à l'état de veille. L'hémiparésie disparaît au contraire, et si nous faisons serrer le dynamomètre de la main droite ou de la main gauche, nous verrons que la force de pression développée est égale à 34 ou 35 kilog. de chaque côté. Cette disparition de l'hémiparésie pendant l'état cataleptoïde est très curieuse. Une foule d'autres troubles des mouvements chez les hystériques se dissipent également pendant l'état cataleptoïde. Vous avez vu déjà disparaître, dans ces conditions, des paralysies complètes, des contractures, des spasmes rythmiques, des convulsions choréiques, de la logoplégie hystérique; malheureusement ces phénomènes reparaissaient d'ordinaire aussitôt après le retour à l'état de veille.

Tels sont, Messieurs, les principaux caractères physiques de l'état cataleptoïde les yeux ouverts. Nous reviendrons plus tard sur

les phénomènes psychiques qui accompagnent cet état. Voyons d'abord les autres variétés du sommeil hypnotique qui peuvent être provoquées chez notre malade. Je presse de nouveau sur une zone hypnogène un peu plus fortement que je ne l'ai fait tout à l'heure : les paupières de la malade s'abaissent et le sommeil continue en *état cataleptoïde les yeux fermés*. Au point de vue physique, les phénomènes sont les mêmes que dans l'état précédent : inertie musculaire, persistance de l'hémianesthésie, disparition de l'hémiparésie, impossibilité pour la malade d'ouvrir volontairement ses paupières. Il n'y a, entre les deux variétés d'états cataleptoïdes que vous venez de voir se produire sous vos yeux, qu'une seule différence : dans le premier, les paupières sont ouvertes et la malade ne peut les fermer; dans le second, les paupières sont fermées et la malade ne peut les ouvrir. Vous verrez bientôt que cette particularité a une certaine importance au point de vue des suggestions visuelles.

Il me reste à vous montrer la malade en *état léthargoïde*. Je presse plus fortement la même zone hypnogène que je pressais tout à l'heure pour provoquer les états cataleptoïdes, et la malade s'affaisse comme une masse inerte. La voilà étendue de tout son long. Ses muscles sont dans le relâchement le plus complet. Je l'appelle, elle ne répond pas; je lui ordonne de se lever, elle ne bouge pas; je la pique à droite ou à gauche, aucun tressaillement de son visage n'indique qu'elle ait ressenti de la douleur; c'est la mort apparente. Cependant elle peut entendre ce qui se passe autour d'elle, elle n'est pas absolument séparée du monde extérieur. Elle perçoit certaines excitations, ainsi que j'aurai l'occasion de vous le démontrer plus tard; mais il lui est impossible de réagir.

Vous venez de voir, Messieurs, les différentes phases du sommeil hypnotique que l'on peut provoquer chez Albertine. Pour remettre les choses à l'état normal, il suffit de presser la *zone frénatrice*, c'est-à-dire l'ovaire gauche. J'exerce sur cet ovaire une compression modérée; une inspiration profonde se produit, et voici la malade en état cataleptoïde les yeux fermés. Je presse un peu plus fortement, et vous voyez ses paupières s'ouvrir : elle est maintenant en état cataleptoïde les yeux ouverts. Je presse plus fort encore, elle se relève brusquement et regarde avec étonnement ce qui se passe autour d'elle; elle est revenue à l'état mormal. Ce réveil est subit et la malade ne se rappelle aucun des faits qui se sont passés pendant le sommeil hypnotique. Elle ignore ce qu'on

lui a dit ou fait pendant qu'elle était endormie, elle n'en a aucun souvenir. Dans le sommeil hypnotique, au contraire, elle se souvient de tout ce qui s'est passé pendant sa vie normale et aussi pendant les états hypnotiques antérieurs.

J'ai employé jusqu'à présent, pour provoquer le sommeil, la compression des zones hypnogènes. Il est à peine besoin de vous rappeler que ce moyen n'est pas le seul dont on puisse se servir. La fixation du regard sur un objet brillant, la compression des globes oculaires, l'insufflation sur la conjonctive, l'audition d'un bruit monotone comme le tic-tac d'une montre, la compression des opercules des oreilles, etc., provoquent le sommeil tout aussi sûrement que la compression des zones hypnogènes, et les phénomènes de l'hypnose provoquée sont identiquement les mêmes quel que soit le procédé qui ait été employé pour la produire.

Arrivons maintenant à l'étude des suggestions.

III

Je vous disais tout à l'heure que le sujet hypnotisé était devenu une sorte d'automate auquel on pouvait suggérer toutes sortes d'hallucinations ou d'illusions sensorielles, qu'on pouvait faire naître chez lui des sentiments ou des pensées, lui faire exécuter des actes variés indépendamment du contrôle de sa volonté consciente. Je vais vous donner tout de suite la démonstration de ces propositions.

Je mets Albertine, par la fixation du regard, en état cataleptoïde les yeux ouverts. Vous la voyez immobile, le regard fixé vers le plafond. Si on lui demande alors à quoi elle pense, elle répond invariablement : « A rien. » Elle ne fera spontanément aucun mouvement, mais on peut le plus facilement du monde lui faire exécuter tous ceux qu'on voudra. Je me place devant elle et je balance lentement ma tête d'un côté à l'autre; vous voyez qu'après une ou deux secondes d'hésitation elle exécute le même mouvement. Je lève les bras, elle lève les bras; je fais mine de bercer un nourrisson, elle répète le même geste; je me gratte le nez, je mets les mains derrière le dos, je marche, je tire mon mouchoir de la poche, je me mouche, j'éternue : la malade imite servilement tous mes mouvements et copie toutes mes attitudes. C'est là un groupe de phénomènes très connu des magnétiseurs auxquels il

procure ordinairement des succès d'étonnement et de fou rire. Après les avoir observés aux représentations de M. Hansen, M. Heidenhain les étudia très soigneusement et les décrivit sous le nom de *mouvements d'imitation (Nachahmungsbewegungen).* Ces phénomènes, en somme, n'ont rien de merveilleux. En exécutant un mouvement devant un sujet hypnotisé les yeux ouverts, on suggère à son esprit l'idée de mouvements identiques à ceux qu'il voit exécuter, et il les reproduit automatiquement, machinalement, quelque inutiles ou ridicules qu'ils puissent être.

Le phénomène de la *prise du regard* est tout aussi simple. Je me place en face de la malade et j'approche ma main de ses yeux : son œil se fixe sur ma main et en suit les mouvements. Dès lors le *regard est pris;* et par un geste très léger je puis diriger l'attention du sujet vers tel ou tel objet et lui faire exécuter une foule d'actes en apparence très compliqués. Je dirige l'index vers un chapeau placé sur cette table, la malade prend le chapeau dans ses mains. Je dirige le doigt vers la tête de la malade, elle porte le chapeau sur sa tête. Je pourrais aussi bien lui faire prendre un objet dans la poche de quelqu'un. Voilà que je dirige son attention vers le verre et le pot à tisane qui sont devant nous, je lui suggère, par de petits gestes, l'idée de remplir le verre et de boire, ce qu'elle fait aussitôt qu'elle a compris mon désir exprimé uniquement par ces gestes.

C'est au groupe des phénomènes provoqués par la prise du regard que se rapportent, en réalité, la plupart des faits qui ont été donnés par les magnétiseurs comme des exemples de transmission magnétique de la pensée et de la volonté. J'ai vu certains sujets deviner avec une étonnante perspicacité la signification du plus léger mouvement des doigts, des lèvres ou des yeux. Une de nos anciennes malades, que plusieurs d'entre vous ont pu voir dans le service en 1882, était, à ce point de vue spécial, un merveilleux sujet. Il n'est pas d'actes, si complexes fussent-ils, que nous n'ayons pu lui faire exécuter, en lui en suggérant l'idée par de petits gestes, à peine perceptibles pour des personnes non prévenues. Ai-je besoin d'ajouter qu'il n'y avait là aucune transmission mystérieuse ou fluidique des ordres de la volonté, aucune communication magnétique établie entre l'opérateur et le sujet en expérience? Maintes fois nous avons essayé d'indiquer un objet par le geste, tandis que par la pensée nous en désignions un autre, et toujours la malade se dirigeait vers l'objet désigné par le geste à son attention.

Quelques sujets, en état cataleptoïde les yeux ouverts, fixent leurs regards sur un objet et ne le quittent plus. Si l'objet se meut, ils en suivent tous les mouvements, et si on cherche à interposer un obstacle entre leur œil et le point sur lequel il est fixé, ils écartent cet obstacle avec une énergie surprenante. C'est encore là un phénomène très connu des magnétiseurs et qui donne souvent lieu, dans leurs représentations, à des scènes d'un comique achevé. Ils lui donnent le nom d'*attraction magnétique*. C'est tout simplement une forme de suggestion par la vue. Je regrette de ne pouvoir vous montrer en ce moment d'exemples de ces phénomènes d'attraction magnétique; ils sont cependant communs, mais ils ne se produisent chez aucune des trois malades dont je peux disposer aujourd'hui.

Dans certains cas, le phénomène de l'attraction magnétique donne lieu à des séries d'actes très complexes. Qu'on fixe, par exemple, l'œil de certains sujets sur une feuille de carton, que brusquement on déchire cette carte et qu'on en disperse les morceaux, le sujet se précipite sur eux, les recherche de tous côtés, les ramasse, les adapte bout à bout et paraît éprouver une véritable souffrance tant que tous les morceaux ne sont pas retrouvés et remis en place.

Telles sont, Messieurs, les principales variétés de suggestions par la vue et les phénomènes qui en dérivent. Nous étudierons dans la prochaine leçon les suggestions beaucoup plus complexes déterminées par les attitudes et par les impressions auditives.

QUARANTE-HUITIÈME LEÇON

DES SUGGESTIONS HYPNOTIQUES *(suite)*

SOMMAIRE

I. Des suggestions provoquées par les attitudes du corps. Leur mécanisme.

II. Des suggestions provoquées par l'intermédiaire du sens de l'ouïe : *a*) hallucinations et illusions sensorielles, explication des prétendus phénomènes de double vue; *b*) phénomènes moteurs : paralysies, contractures, etc.; *c*) phénomènes psychiques : amnésie suggérée, objectivation des types, etc.

III. La suggestibilité ne fait pas nécessairement partie de la symptomatologie du sommeil hypnotique.

Messieurs,

Par les expériences dont vous avez été témoins dans le cours de la précédente leçon vous avez pu constater *de visu* quelques-uns des phénomènes les plus simples de ce qu'on a appelé l'*automatisme hypnotique.*

L'expression est assez heureuse ou tout au moins elle donne une idée assez exacte des phénomènes auxquels elle s'applique. Vous avez certainement remarqué que, pendant les expériences de ce genre, le sujet hypnotisé ne donne, pour ainsi dire, aucun signe d'activité intellectuelle; c'est une sorte de machine inconsciente, agissant au gré de l'expérimentateur, mais paraissant incapable de raisonnement et de jugement. Les mouvements ou les gestes exécutés devant lui n'éveillent ou ne paraissent éveiller aucune autre idée que celle du mouvement à reproduire ou de l'ordre à accomplir. Si je ris aux éclats devant Albertine, placée par l'un quelconque des procédés hypnogènes dans l'état cataleptoïde les yeux ouverts, elle imitera mon rire ou plutôt elle imitera les jeux de ma physionomie et les divers mouvements de mon corps, sans que cette grimace du rire provoque en elle aucun sentiment de gaîté. Quand nous lui suggérons par le geste l'idée

de prendre le chapeau d'un assistant et de le placer sur sa tête, de s'emparer du lorgnon d'un autre et de le placer devant ses yeux, elle ne paraît pas étonnée de l'absurdité de ces actes. Elle les exécute sans se rendre compte de leur but et de leurs conséquences, comme pourrait le faire un automate.

Ainsi, les suggestions arrivant au sujet hypnotisé par l'intermédiaire de l'organe de la vision ont presque toujours pour effet de provoquer l'automatisme musculaire sans mettre en jeu aucun phénomène d'idéation. Elles déterminent des mouvements simples ou compliqués que les sujets exécutent sans que leur esprit en comprenne le pourquoi, en raisonne les effets et en apprécie l'opportunité, contrairement à ce qui a lieu dans les conditions normales de l'activité cérébrale. Mais on peut, par d'autres procédés que nous allons étudier aujourd'hui, agir à la fois sur les appareils moteurs et idéateurs des centres nerveux.

I

Nous entrons maintenant dans l'étude de suggestions plus complexes, et je vous prie, Messieurs, de suivre avec soin tous les détails de l'expérience que je vais pratiquer devant vous, car son analyse nous servira plus tard à comprendre d'autres phénomènes qui resteraient tout à fait inexplicables si nous n'avions entre les mains un fil conducteur pour nous guider dans le dédale de leurs manifestations.

Voici Albertine en état cataleptoïde les yeux fermés. Comme toujours, elle est inerte physiquement et psychiquement. Son visage est impassible et sans expression spéciale. Je lui demande à quoi elle pense et, comme toujours, elle répond : « A rien. » Sans ajouter un seul mot, je fléchis ses jambes et la mets à genoux par terre; de plus, je rapproche ses mains dans l'attitude de la prière. Regardez maintenant ce qui va se produire. Il y a à peine deux secondes qu'Albertine est à genoux et son visage a déjà pris une expression qu'on pourrait appeler, sans exagération, *extatique*. En outre, ses lèvres s'agitent sans bruit comme si elles murmuraient une prière. L'attitude dans laquelle je l'ai mise a donc provoqué autre chose qu'un simple phénomène d'automatisme musculaire, puisque son visage a pris spontanément une expression qu'il n'avait pas au début de l'expérience et que ses lèvres,

immobiles il y a un instant, sont maintenant agitées de mouvements. Tâchons de savoir ce qui s'est passé dans son esprit, et pour cela interrogeons la malade :

« Que faites-vous là, Albertine?

— Je fais ma prière.

— Pourquoi cela?

— Parce que la Sainte Vierge est là. Vous ne la voyez donc pas?

— Vous la voyez donc, vous?

— Mais certainement, elle est là devant moi.

— Vous parle-t-elle?

— Non, elle ne me parle pas, mais elle me regarde en souriant.

— Comment est-elle vêtue?

— Elle a une robe blanche avec une ceinture bleue, des souliers bleus, un diadème sur la tête, etc. »

Arrêtons-nous ici et voyons les conséquences que nous pouvons déduire de cette expérience. Nous avons placé Albertine, sans rien lui dire, à genoux, les mains jointes, dans l'attitude de la prière. Par cela seul, nous avons *suggéré* à son esprit non pas l'*idée abstraite* de la prière, mais bien la *représentation sensorielle* d'un objet en rapport avec l'idée de la prière. Dans le cas actuel nous avons provoqué une hallucination de la vue, une vision de la Sainte Vierge, et aussitôt que la vision est apparue, le visage de la malade a pris une expression mystique, et ses lèvres ont commencé à s'agiter pour prier. Il y a eu, en d'autres termes, une série de phénomènes musculaires et psychiques se succédant et se commandant les uns les autres. L'attitude corporelle de la prière a tout d'abord évoqué dans l'esprit la représentation sensorielle d'une idée religieuse; puis la vision provoquée par l'attitude a eu pour effet : 1° de compléter l'attitude extatique par l'expression du visage (action sur les appareils moteurs); 2° de suggérer la pensée de faire une prière (action sur les appareils de l'idéation). Entre les deux phénomènes extrêmes de l'expérience, c'est-à-dire entre l'attitude corporelle du début et la prière de la fin, il y a un intermédiaire dont l'importance au point de vue de l'interprétation des phénomènes psychiques de l'hypnotisme est considérable; cet intermédiaire c'est l'*hallucination provoquée*. Il était, je crois, nécessaire d'attirer d'ores et déjà votre attention sur ce phénomène de l'hallucination provoquée dont vous allez voir dans quelques instants une foule d'autres exemples, et je reviens aux *suggestions par attitudes*.

L'expérience à laquelle vous venez d'assister peut être variée de mille façons différentes. Placez Albertine, qui habite ordinairement la campagne et travaille aux champs, dans l'attitude du paysan qui arrache des herbes, elle verra aussitôt une prairie ou un champ de pommes de terre et se croira occupée à des travaux en rapport avec cette hallucination. Mettez-la debout, les poings fermés, elle croira être en querelle avec une personne qu'elle se déclarera prête à frapper si elle ose approcher.

Placez un homme hypnotisé et connaissant l'escrime dans l'attitude de la garde, il verra devant lui un adversaire imaginaire avec lequel il fera assaut ou se battra en duel. Mettez ce même homme dans la position qu'on prend d'ordinaire pour tirer un coup de fusil, il vous dira au bout d'un instant qu'il tire à la cible, qu'il est à la chasse ou qu'il est à la guerre, selon que ses habitudes antérieures l'auront rendu plus familier avec l'un ou l'autre de ces exercices. Au fond, les phénomènes se succèdent toujours dans le même ordre que dans l'expérience que nous avons analysée ensemble. Nous retrouvons toujours : 1° l'attitude corporelle; 2° la représentation sensorielle d'un objet en rapport avec cette attitude; 3° l'idée elle-même et les actes qui en dérivent plus ou moins logiquement.

II

Les suggestions *auditives*, c'est-à-dire les suggestions qui sont transmises au sujet hypnotisé par l'intermédiaire de l'ouïe, sont extrêmement nombreuses, et leur complexité varie selon qu'elles ont pour origine des bruits, des sons musicaux ou des paroles articulées.

1° L'influence suggestive des bruits est peu importante. Assez souvent cependant le sujet hypnotisé reproduit par imitation automatique les bruits qui sont répétés intentionnellement auprès de lui. Je prends Albertine, qui est toujours en état hypnotique les yeux fermés, je me place derrière elle afin d'être bien sûr qu'elle ne puisse percevoir par la vue aucun des mouvements que je vais exécuter, et je fais claquer mes dents à plusieurs reprises. Après quelques secondes d'hésitation, Albertine fait aussi claquer ses dents avec le même rythme que moi. Je m'arrête, elle s'arrête. Je marque le pas en frappant fortement le sol avec le talon, elle fait presque aussitôt des bruits et des mouvements identiques. Je me

frotte les mains bruyamment, elle en fait autant. Tout cela est fort simple et peut être légitimement rapproché des faits que nous avons étudiés déjà à propos de l'automatisme provoqué par les suggestions visuelles.

2° Les notes musicales isolées n'ont, par elles-mêmes, aucune influence suggestive. Mais la plupart des sujets hypnotisés sont extrêmement sensibles à l'audition de la musique. Quand on joue devant eux un morceau un peu expressif, ils paraissent en éprouver une vive émotion. Ils sont, pour ainsi dire, sous le charme. Ils écoutent et suivent le développement de la phrase musicale avec une attention extrême. Leur visage s'anime et arrive à exprimer, avec une étonnante intensité, des émotions en rapport avec le sentiment du morceau qui est exécuté devant eux. On peut provoquer ainsi des scènes de mimique fort intéressantes, faire naître successivement les pleurs et le rire, la joie la plus exubérante et la tristesse la plus profonde. Ce sont ces phénomènes, depuis longtemps connus et exploités par les magnétiseurs, qui ont été décrits sous le nom d'*extase musicale*.

3° Les suggestions qui peuvent être provoquées par la parole sont tellement nombreuses qu'il est utile de diviser leur étude. Nous les séparerons donc en trois groupes distincts, selon qu'elles portent sur des phénomènes sensitifs, moteurs ou psychiques.

a) Les phénomènes *sensitifs* suggérés par la parole se réduisent presque tous à des phénomènes d'hallucinations ou d'illusions sensorielles provoquées. Je vais vous le démontrer par une série d'expériences qui ne laisseront, je l'espère, aucun doute dans vos esprits. Mais avant de commencer ces expériences, laissez-moi vous faire remarquer que pendant la durée du sommeil hypnotique les impressions sensitives peuvent être perçues tout à fait normalement, si aucune influence suggestive n'intervient pour modifier le fonctionnement régulier des appareils sensitifs. En voici la preuve : j'endors Albertine par la fixation du regard et je la mets en état cataleptoïde les yeux fermés. Je pique légèrement un point quelconque du côté droit de son corps (le côté gauche étant anesthésique comme dans l'état de veille), et vous voyez avec quelle vivacité elle se plaint qu'on l'ait piquée [1]. Je mets ces trois flacons entre ses mains en la priant de les sentir et de nous dire à quoi

[1] La plupart des hystériques hémianesthésiques à l'état de veille restent hémianesthésiques pendant le sommeil hypnotique. Quelques-unes deviennent anesthésiques totales, mais c'est le petit nombre.

ils sentent. « Celui-ci ne sent rien du tout, dit-elle après l'avoir approché de son nez, celui-ci sent le vinaigre, et ce dernier sent l'éther. » Ces réponses sont justes, car le premier flacon renferme de l'eau pure, le second de l'acide acétique et le troisième de l'éther. Mêmes résultats pour les sens du goût, de l'ouïe et de la vue. Je fais boire à la malade successivement de la tisane, du vin, de l'eau salée; elle reconnaît parfaitement la saveur de ces liquides. Elle perçoit les bruits que nous entendons nous-mêmes, ni plus ni moins, et quant à la vue, elle déclare ne rien voir puisqu'elle a les yeux fermés.

Il n'y a rien dans tout cela qui ne soit parfaitement normal : les impressions sensitives sont perçues avec leur valeur et leur modalité vraies, et si nous ne poussions pas plus loin l'observation, nous serions conduits à conclure de ce que nous venons de voir que les phénomènes sensitifs se produisent de la même façon pendant l'état hypnotique et pendant l'état de veille. Attendez, Messieurs, avant d'accepter cette conclusion trop générale, d'avoir été témoins des expériences qu'il nous reste à faire.

Je reprends Albertine, qui est restée depuis tout à l'heure dans le sommeil hypnotique (état cataleptoïde les yeux fermés), et, sans préambule aucun, je lui dis : « Voyez donc le singe qui est devant vous. » Aussitôt elle rit aux éclats. « Qu'il est laid, dit-elle; il fait des grimaces, il a des culottes rouges. » Et riant encore plus fort, elle ajoute : « Regardez donc comme il se gratte drôlement.

Par le fait seul que nous avons dit à la malade qu'un singe était devant elle nous avons suggéré une hallucination visuelle. Elle voit actuellement un singe. Il est là, devant elle, grimaçant et grotesque. Elle suit ses mouvements; elle ne perd pas un de ses gestes. Ce n'est pas l'idée du singe ni même l'évocation psychique des traits simiens par un phénomène de vision mentale qui la fait rire aux éclats, c'est la vue d'un singe concret, dont elle a sous les yeux la représentation sensorielle, d'un singe qui agit et se meut devant elle et dont elle peut par conséquent décrire les formes, la taille, les gestes, etc., tout comme l'aliéné halluciné peut décrire dans leurs plus petits détails les caractères des visions qui l'obsèdent.

Quelques mots ont suffi pour faire naître l'hallucination du singe, quelques mots suffiront pour la dissiper et en provoquer une autre. Je n'ai qu'à dire : « Tiens, le singe est parti; il y a maintenant à sa place une cage avec des oiseaux. » Vous voyez qu'aussitôt Albertine

cesse de rire bruyamment; elle fait deux pas en avant, et si nous lui demandons maintenant ce qui l'occupe, elle nous répondra qu'elle regarde les oiseaux qui sont dans la cage. Elle nous les décrira du reste avec tous les détails que nous voudrons. Ce sont des tourterelles blanches; la cage est longue d'un mètre; elle est en fil de fer; son intérieur est traversé par deux bâtons; les tourterelles sont toutes les deux sur le bâton le plus élevé; elles se becquettent; dans le coin, à droite de la cage, il y a un nid avec trois œufs, etc. Si je réveille brusquement la malade en soufflant sur ses yeux, l'hallucination disparaît aussitôt. Albertine ne voit plus rien, ni cage ni tourterelles; elle ne se rappelle avoir rien vu.

En somme, Messieurs, nous pouvons provoquer par la parole toutes sortes d'hallucinations visuelles, et secondairement toutes sortes d'actes en rapport avec ces hallucinations. Si nous parlons à Albertine, préalablement hypnotisée, de la Sainte Vierge, du diable, de petits chats, d'araignées, de fleurs, elle verra aussitôt *une* Sainte Vierge, *un* diable, *un* petit chat, *une* araignée, *une* fleur, et selon la nature de l'hallucination du moment, elle s'agenouillera pour adorer la Vierge ou elle fuira le diable avec épouvante, ou bien elle fera le geste de prendre avec douceur le petit chat et de le caresser, d'écraser une araignée sous son pied, de cueillir une fleur et de la porter à ses narines pour en savourer le parfum, etc.

Nous pouvons suggérer de la même façon des hallucinations sensorielles de l'ouïe, de l'odorat, du goût et de la sensibilité générale. Je dis à Albertine, endormie de nouveau, d'écouter la musique militaire qui passe : elle déclare qu'en effet les musiciens jouent une belle marche; elle paraît ravie d'entendre les tambours et les clairons, et si, pour lui faire mieux définir ses sensations, j'ajoute que je ne distingue pas très clairement cette musique, elle me répond ce mot charmant : « Il faut donc que vous soyez sourd, car ils font assez de bruit. » Mais si j'affirme nettement que la musique a cessé de jouer, l'hallucination cesse du coup et la malade n'entend plus ni clairons ni tambours.

Les illusions suggérées des sens du goût et de l'odorat peuvent également donner lieu à des expériences très convaincantes. Je verse un liquide dans ce verre et je l'offre à Albertine en lui disant que c'est de l'anisette : elle le déguste avec délices. Or, ce liquide n'est autre chose que de la tisane d'hôpital. Je mets sur sa langue de la poudre de sucre et je lui dis que c'est de l'aloès : elle crache

aussitôt, s'essuie la langue avec son mouchoir et me reproche vivement de lui avoir fait avaler « une saleté pareille, si amère et si désagréable ». Pour faire passer ce goût, je lui offre une gorgée d'eau sucrée qu'elle boit avec le plus grand plaisir et qu'elle trouve excellente, bien qu'en réalité ce soit une solution fort amère de sulfate de quinine. Enfin, pour achever de chasser le goût de l'aloès, je lui offre une pomme, et vous voyez qu'elle y mord à belles dents et paraît se régaler en croquant... une pomme de terre toute crue.

Des phénomènes de même ordre se produisent pour le sens de l'odorat. — « Vous aimez l'odeur de l'eau de Lubin, Albertine? — Oui, Monsieur, beaucoup. — En voici un flacon, sentez-le. » C'est en réalité un flacon d'ammoniaque qu'elle renifle avec délices; elle le trouve même si parfumé qu'elle nous prie d'en verser quelques gouttes sur son mouchoir. Voici un autre flacon que je mets sous son nez en lui disant : « Je ne sais pas ce que c'est, mais ça sent bien mauvais. — Quelle horreur! répond-elle en le repoussant violemment, ça sent le pourri. » En fait, le flacon contient de l'eau pure et n'a aucune odeur appréciable.

La sensibilité générale peut être influencée par suggestion tout aussi bien que les sens spéciaux. Si je dis à Albertine qu'il fait froid, elle va grelotter, relever son foulard et boutonner sa capote de laine. Si je lui dis qu'il fait très chaud, elle va au contraire se découvrir et s'éventer. Je lui parle de démangeaisons à la tête, et vous la voyez se gratter comme si elle était couverte de poux. Enfin voici une dernière expérience. Je lui affirme qu'elle n'est plus hémianesthésique du côté gauche, que maintenant tout son côté droit est insensible, tandis que le gauche est devenu parfaitement sensible, et vous voyez que je puis la piquer profondément sur le dos de la main droite et sur la cuisse droite, que je puis traverser de part en part le côté droit de sa langue avec l'épingle sans qu'elle éprouve la moindre douleur, tandis qu'elle perçoit très vivement la plus légère piqûre pratiquée sur un point quelconque du côté gauche de son corps.

Pour terminer l'étude des suggestions sensorielles, je dois vous dire un mot des sensibilités viscérale et musculaire. On peut en effet agir sur elles par suggestion, absolument comme on agit sur la sensibilité générale, c'est-à-dire qu'on peut provoquer les sensations subjectives les plus variées, telles que la sensation de la faim, de la soif, du besoin d'uriner, les nausées, les coliques,

l'oppression, le picotement laryngé qui précède et détermine la toux, le chatouillement nasal qui cause l'éternuement, de même qu'on peut abolir temporairement la notion de position des membres et faire disparaître ou illusionner le sens musculaire. En réalité tous ces phénomènes, si extraordinaires en apparence, si variés dans leurs manifestations, font partie d'une seule et même série. Entre les diverses suggestions que nous venons de passer en revue il n'y a aucune différence fondamentale; elles se réduisent toutes à un petit nombre de phénomènes élémentaires identiques.

L'expérimentateur dit au sujet : « Vous avez un singe devant vous. » Le sujet voit en effet un singe et rit aux éclats de ses grimaces.

L'expérimentateur dit au sujet : « Les cloches font un bruit insupportable. » Le sujet entend des cloches et se bouche les oreilles pour être moins incommodé par le bruit qu'elles font.

L'expérimentateur dit au sujet : « Vous avez faim ou soif. » Le sujet éprouve la sensation subjective de la faim ou de la soif et demande à manger ou à boire.

L'expérimentateur dit au sujet : « Vous avez un picotement dans le larynx ou dans le nez. » Le sujet éprouve ce picotement et tousse ou éternue tout comme s'il était produit par une altération matérielle des muqueuses nasale ou laryngée.

Au fond, toutes ces expériences sont identiques. La variété de leurs manifestations leur donne des expressions plus ou moins pittoresques. Mais les phénomènes élémentaires qu'y révèle l'analyse sont les mêmes dans tous les cas et se succèdent toujours dans le même ordre : 1° l'affirmation initiale d'où dépend la suggestion; 2° l'impression sensorielle évoquée par l'affirmation; 3° les actes qui dérivent logiquement de cette impression sensorielle. La seule chose vraiment étrange dans ces expériences, c'est la facilité avec laquelle une simple affirmation fait naître chez le sujet hypnotisé une impression sensorielle nettement définie et perçue avec toute la vivacité d'une hallucination; le reste se conçoit aisément.

Avant d'aller plus loin dans l'étude des suggestions, laissez-moi vous dire, Messieurs, que les hallucinations et les illusions sensorielles provoquées donnent l'explication de quelques-uns des prétendus phénomènes de la *double vue magnétique*.

Certaines personnes s'imaginent encore que les somnambules peuvent percevoir ce qui se passe au delà de la portée normale des sens; dire, par exemple, à un moment donné, ce que fait une

personne déterminée enfermée dans ses appartements ou habitant un pays lointain. Depuis que les phénomènes de l'hypnotisme ont été sérieusement analysés, jamais aucun fait de ce genre n'a été observé. Mais on s'explique fort bien maintenant comment des observateurs, d'ailleurs parfaitement sincères, ont pu être induits en erreur. J'ai souvent raconté l'expérience suivante qui fut pratiquée il y a quelques mois en présence des élèves du service. Un de ces élèves qui s'occupait alors particulièrement des hystériques, M. G..., n'était pas encore arrivé à la salle des femmes. Albertine, qui connaissait très bien M. G..., était endormie en état cataleptoïde les yeux fermés. Nous engageons alors avec elle la conversation suivante :

« Savez-vous où est M. G...?

— Il est chez lui, Monsieur, il prépare ses examens.

— Que fait-il maintenant?

— Il est assis devant sa table, il lit.

— Quel livre lit-il?

— Je ne peux pas vous le dire, puisque je ne sais pas lire, mais c'est un grand livre avec une couverture rouge.

— Comment est sa chambre?

— C'est une petite chambre avec une table au milieu. La table est carrée avec un tapis rouge. Il y a un petit lit et une table de nuit dans une alcôve. Le lit n'est pas encore fait. Sur le mur il y a de belles images, etc. »

Nous obtînmes ainsi les détails les plus minutieux, les plus précis en apparence. Or, tout ou presque tout était faux dans la description que nous faisait Albertine. Pendant que nous lui parlions, M. G... entrait dans la salle; il assistait à la fin de la conversation et nous signalait les erreurs de notre somnambule extra-lucide, à mesure que celle-ci poursuivait son récit.

Est-ce à dire qu'Albertine nous trompait sciemment, qu'elle inventait volontairement ses réponses pour le plaisir de se rendre intéressante ou de se jouer de notre naïveté? Nullement; elle était parfaitement sincère. Nous avions suggéré une hallucination visuelle, et la malade décrivait l'hallucination provoquée, comme elle nous décrivait tout à l'heure les vêtements de la Vierge ou les grimaces du singe. Les expériences de ce genre sont fort intéressantes. Malheureusement elles ont été au début obscurcies par l'incrédulité non raisonnée des uns, par l'amour du merveilleux ou l'ignorance des autres, et finalement par les supercheries inté-

ressées des magnétiseurs. Dans l'appréciation de ces phénomènes complexes, il faut savoir se tenir également éloigné du scepticisme systématique et de la crédulité excessive, et se tenir en garde autant contre les fausses interprétations que contre les supercheries.

b) Les suggestions portant sur la *motricité* sont moins nombreuses et moins variées que celles qui ont pour effet de provoquer des phénomènes sensitifs ou sensoriels. Elles méritent cependant de nous arrêter quelques instants. Albertine est toujours en état cataleptoïde les yeux fermés. Si nous lui disons de marcher, de sauter, de lever les bras en l'air, de parler, vous voyez qu'elle peut exécuter tous les mouvements nécessaires à l'accomplissement de ces actes avec la plus grande facilité. Ses facultés motrices paraissent absolument intactes. Elles le sont, il est vrai, mais il suffit de bien peu de chose pour en troubler l'intégrité fonctionnelle. Je dis à Albertine, en fléchissant son avant-bras droit sur le bras : « Votre bras droit est attaché, vous ne pouvez plus le remuer, » et par ce fait seul la malade ne peut plus remuer son bras droit; et si nous essayons de l'étendre, nous constatons qu'il est contracturé dans la position fixe dans laquelle il a été placé au moment de la suggestion. La malade peut toujours sauter, marcher, parler, remuer son bras gauche dans tous les sens; le bras droit seul est immobilisé et ne répond plus à l'action volontaire. J'ajoute maintenant : « Vos jambes se paralysent, elles sont comme mortes, elles ne peuvent plus vous soutenir, » et aussitôt la malade fléchit sur ses jambes, elle est en un instant devenue paralytique, avec flaccidité des muscles des membres inférieurs. J'ajoute encore : « Voilà votre bras gauche qui se prend à son tour; il devient raide comme un bâton; » et à partir de ce moment le bras gauche est le siège d'une contracture violente; il faudrait déployer pour le fléchir par la force un effort considérable. Vous voyez, par cette expérience, qu'on peut provoquer à volonté, par simple suggestion, des paralysies avec flaccidité ou avec contracture. Ces paralysies sont du reste aussi faciles à guérir qu'à produire. Je dis à Albertine : « Votre bras droit est détaché, votre bras gauche n'est plus raide, vos jambes ont repris leur force, vous pouvez vous lever, » et après un moment d'hésitation, elle recommence à mouvoir ses bras, elle se lève et marche comme avant l'expérience.

Voici une autre expérience fort curieuse :

Je prie Albertine de frotter ses mains l'une contre l'autre, et pendant qu'elle le fait, je lui dis : — « Vous ne pouvez plus vous

arrêter. » Elle continue alors de se frotter les mains et continuera sans trêve ni merci, malgré tous les efforts de sa volonté, malgré les injonctions les plus impérieuses, jusqu'à ce qu'on lui ait dit : « Vous pouvez maintenant vous arrêter. »

Les mouvements de la langue peuvent être influencés par suggestion tout aussi bien que ceux des membres, de telle sorte qu'on peut, par une simple injonction verbale, rendre le sujet logoplégique ou glossoplégique, bègue ou complètement aphasique.

c) Je serai très bref sur le chapitre des suggestions portant sur les phénomènes purement *psychiques*. En voici cependant quelques exemples. On peut provoquer la perte totale ou partielle de la mémoire. On peut dire au sujet qu'il ne se souvient plus de tel ou tel acte de sa vie, et il l'oublie; de telle ou telle personne avec laquelle il est en contact journalier, et il ne connaît plus cette personne quand elle se présente à ses yeux ou quand on parle d'elle devant lui. On peut lui suggérer l'oubli de son propre nom, et il lui devient impossible de retrouver son nom quand on lui demande comment il s'appelle. Tout cela est très singulier, mais il est impossible d'en mettre en doute la réalité, tant sont nombreuses les vérifications expérimentales qui en ont été faites avec des résultats identiques dans tous les pays où l'on s'occupe des sciences biologiques.

Un phénomène plus compliqué est celui qui a été décrit par M. Ch. Richet sous le nom d'*objectivation des types*. Il consiste en ceci, que si l'on vient à suggérer à un sujet hypnotisé l'idée que sa personnalité est changée, ce sujet parle et agit à partir de ce moment comme si, en réalité, ce changement de personnalité avait eu lieu. Si l'on dit, par exemple, à une femme adulte qu'elle n'est plus une femme, mais bien une toute petite fille, non seulement elle accepte cette idée et ajoute foi à sa vérité, mais elle joue le rôle d'une petite fille : elle prend des airs câlins, elle parle incorrectement comme le ferait un bébé, elle demande des poupées pour jouer, etc. Qu'on lui dise, au contraire, qu'elle est devenue un homme, un général, elle relève la tête, enfle la voix, jure et peste à tout propos et donne des ordres avec l'accent impératif d'un homme habitué au commandement et accoutumé à être obéi sans réplique. Je ne veux pas entrer dans de plus longs développements sur ce sujet auquel M. Ch. Richet a consacré quelques pages fort intéressantes que je vous engage fortement à lire[1].

[1] Ch. Richet, *L'homme et l'intelligence*. 1 vol. in-8°, 1884, p. 234 et suivantes.

III

L'étude des suggestions pendant l'état hypnotique embrasse, ainsi que vous pouvez vous en rendre facilement compte maintenant, un nombre indéfini de faits. Toutefois ces faits si nombreux et si disparates en apparence peuvent être réunis d'après les analogies de leur mode de production et de leurs conséquences en un petit nombre de séries similaires. J'ai cherché à vous montrer ces groupements naturels au fur et à mesure que les expériences m'en fournissaient l'occasion : je n'y reviendrai pas pour le moment. Je veux seulement vous dire, en terminant cette leçon déjà bien longue, que les suggestions ne se produisent pas chez tous les sujets hypnotisables, et que même chez les sujets hypnotisables les plus suggestibles elles ne se produisent parfois que pendant certaines phases déterminées du sommeil hypnotique.

Pour démontrer l'exactitude de la première proposition, à savoir que les suggestions ne se produisent pas nécessairement chez tous les sujets hypnotisés, il me suffira de vous présenter une jeune femme, Alix S..., qui est actuellement en traitement dans le service pour des accidents d'hystérie convulsive. Elle s'endort assez rapidement par la fixation d'un objet quelconque placé devant ses yeux. La voici endormie : ses paupières sont fermées, ses membres restent immobiles dans la position dans laquelle on les place; elle est en état cataleptoïde les yeux fermés. Cependant si je lui offre de lui faire boire une goutte de liqueur et que je lui donne, au lieu de liqueur, un verre de tisane, elle reconnaît parfaitement la saveur de la tisane. Si je lui présente un flacon d'éther en lui disant que c'est de l'eau de Cologne, elle reconnaît parfaitement que c'est de l'éther. Si je lui affirme qu'elle a faim ou soif, elle répond que je me trompe, et si je veux lui suggérer une hallucination visuelle en lui disant qu'un bœuf est là devant elle, elle déclare qu'elle ne le voit pas.

Albertine va nous servir pour la démonstration de la seconde proposition, à savoir que les suggestions ne se produisent pas dans toutes les phases du sommeil hypnotique. Pour cela je la mets, par la pression énergique d'une zone hypnogène, en état léthargique. Puis j'ouvre sa bouche et je verse sur sa langue une cuillerée d'eau et de vin en disant que c'est de l'eau des Carmes; de plus,

je place sous son nez un mouchoir sur lequel je laisse tomber quelques gouttes d'éther en disant que c'est de l'eau de Cologne. Pour savoir si ces tentatives de suggestion ont réussi, nous allons placer la malade en état cataleptoïde, et comme dans cet état elle se souvient de ce qui s'est passé dans les autres états hypnotiques, nous pourrons savoir si elle a perçu la saveur de l'eau des Carmes et senti l'odeur de l'eau de Cologne. Je presse donc sur son ovaire gauche; elle fait le mouvement d'inspiration profonde qui annonce la cessation de l'état léthargique; la voilà en état cataleptoïde. Interrogeons-la tout de suite : « Vous souvenez-vous, Albertine, de ce qu'on vous a donné à boire et à sentir pendant que vous étiez profondément endormie? — Parfaitement, Monsieur, vous m'avez fait boire une cuillerée d'eau et de vin en me disant que c'était de l'eau des Carmes, et vous m'avez fait sentir de l'éther en me disant que c'était de l'eau de Cologne. »

Ces expériences que j'ai répétées maintes fois sous des formes très variées me paraissent tout à fait concluantes. Elles prouvent que la suggestibilité ne fait pas nécessairement partie de la symptomatologie du sommeil hypnotique. Certains sujets ne sont pas susceptibles d'être influencés par les suggestions pendant leur sommeil hypnotique. D'autres sujets acceptent les suggestions dans certaines phases du sommeil hypnotique et ne les acceptent pas dans les autres.

QUARANTE-NEUVIÈME LEÇON

DES SUGGESTIONS HYPNOTIQUES *(suite)*.

SOMMAIRE

I. Définition des suggestions pòst-hypnotiques et des suggestions à échéances. Historique. Expériences du général Noizet.

II. Expériences de suggestions post-hypnotiques pratiquées sur la nommée Emma B...

III. Expériences de suggestions à échéances.

IV. Nature des phénomènes susceptibles d'être provoqués par suggestion. Durée de la persistance des suggestions.

Messieurs,

Nous avons étudié jusqu'à présent les suggestions provoquées pendant le sommeil hypnotique et n'ayant d'effet que pendant la durée de ce sommeil. Nous allons nous occuper aujourd'hui des suggestions provoquées, comme les précédentes, sur des sujets hypnotisés, mais différant de celles que nous connaissons déjà en ce que leurs effets se prolongent après le réveil *(suggestions post-hypnotiques)*, ou se manifestent seulement pendant l'état de veille, plus ou moins longtemps après le réveil *(suggestions à échéances)*.

I

Pour que vous vous rendiez bien exactement compte de l'intérêt que présentent les expériences que nous allons pratiquer, permettez-moi de vous faire observer que les sujets hypnotisés ne conservent habituellement, lorsqu'ils sont revenus à l'état normal, aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant qu'ils étaient endormis. Ils ne se rappellent pas les actes qu'ils ont exécutés durant le sommeil; ils ne se souviennent ni des hallucinations qui leur ont été suggérées ni des ordres qui leur ont été donnés. Les événe-

ments survenus dans l'état du sommeil sont oubliés ordinairement aussitôt après le réveil et restent, pendant toute la durée des états de veille ultérieurs, en dehors de la sphère d'activité normale de la mémoire et de la conscience.

Eh bien! malgré cela, il est possible de provoquer, pendant le sommeil, des suggestions qui persistent après le réveil. On peut donner au sujet hypnotisé des ordres qui seront exécutés après le retour à l'état normal, en vertu d'une impulsion inconsciente à laquelle le sujet obéit passivement, sans savoir pourquoi, puisqu'il n'a aucun souvenir d'avoir reçu antérieurement l'ordre qu'il exécute comme un automate.

Les faits de ce genre ne sont pas tout à fait nouveaux. Le général Noizet les a explicitement signalés dans son mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal adressé en 1820 à l'Académie royale de Berlin :

« Lorsque, dit-il, je faisais des expériences sur mon somnambule prussien, j'avais soin, avant de le réveiller, de lui demander quel jour il reviendrait me voir; je faisais en sorte qu'il se ressouvînt du jour qu'il me désignait, et à son réveil je me faisais répéter ce qu'il m'avait dit à ce sujet pendant son sommeil. Il me vint une fois à l'esprit, après lui avoir fait ainsi désigner un jour, de le réveiller sans lui dire de se ressouvenir de rien, et, avant de le laisser sortir, je m'assurai qu'il ne lui restait aucune idée de ce qu'il m'avait dit. Le jour marqué, à l'heure dite, je vis arriver mon jeune homme. Je jouai l'étonnement, je feignis de ne pas l'avoir attendu ce jour-là et je lui demandai pourquoi il était ainsi venu sans m'en avoir prévenu. Il me répondit qu'il l'ignorait, mais qu'il s'était senti poussé à venir me voir. Je l'endormis et le questionnai de nouveau dans cet état. Il m'assura alors qu'il était venu parce qu'il me l'avait promis et que, sans en avoir conscience, il avait été porté à remplir son premier engagement.

» Je répétai plusieurs fois de suite cette expérience et elle réussit de la même manière. Un jour cependant, mon somnambule n'arriva pas comme il en était convenu. Cette inexactitude m'étonna. J'eus, le lendemain, l'occasion de le revoir et je lui dis, sans lui faire part de mon expérience, que je l'avais attendu la veille. Il m'apprit qu'il avait eu, en effet, l'intention de venir, mais que, son colonel l'ayant fait demander au moment où il allait partir, il n'avait pu satisfaire son désir, ce qui l'avait beaucoup contrarié. Il me répéta la même chose étant endormi, en ajoutant seulement que la contrariété qu'il avait éprouvée l'avait rendu malade pendant le reste de la journée[1]. »

Les suggestions à échéances étaient donc connues bien avant

[1] Général Noizet, *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal,* adressé en 1820 à l'Académie royale de Berlin et publié en 1854. Paris, 1854, p. 117.

l'impulsion donnée aux études sur l'hypnotisme par les travaux récents de MM. Ch. Richet, Charcot, Féré, Bernheim, Liégeois, etc. Mais leur connaissance n'était pas vulgarisée comme elle l'est aujourd'hui, et, à vrai dire, bien peu de personnes croyaient à leur réalité. Vous allez voir cependant que les résultats des expériences auxquelles elles donnent lieu sont d'une netteté frappante.

Albertine étant un peu souffrante ce matin, par suite d'un rhume tout à fait indépendant des expériences auxquelles nous l'avons soumise, nous nous servirons surtout aujourd'hui d'une autre hystérique de mon service. Au fond, je ne regrette pas outre mesure ce petit accident qui m'oblige à vous présenter une nouvelle malade. Il aura tout au moins l'avantage de vous démontrer que les phénomènes les plus étranges en apparence du somnambulisme provoqué ne sont pas l'apanage exclusif d'un tout petit nombre de sujets privilégiés. Ils se produisent au contraire avec la même facilité et avec les mêmes caractères chez la plupart des sujets hypnotisables. Si j'ai préféré vous les montrer jusqu'à présent sur Albertine, c'est parce que cette malade n'a aucune culture intellectuelle et que, pour employer une expression vulgaire, elle est *toute en dehors*. Les phénomènes ont chez elle plus d'*extériorité* parce qu'elle ne sait pas dissimuler ses impressions. Mais au fond ils ne diffèrent pas de ceux qui se produisent chez la plupart des autres sujets hypnotisables et particulièrement chez Emma B..., dont je vais vous raconter l'histoire en quelques mots avant de commencer les expériences que nous avons à faire aujourd'hui.

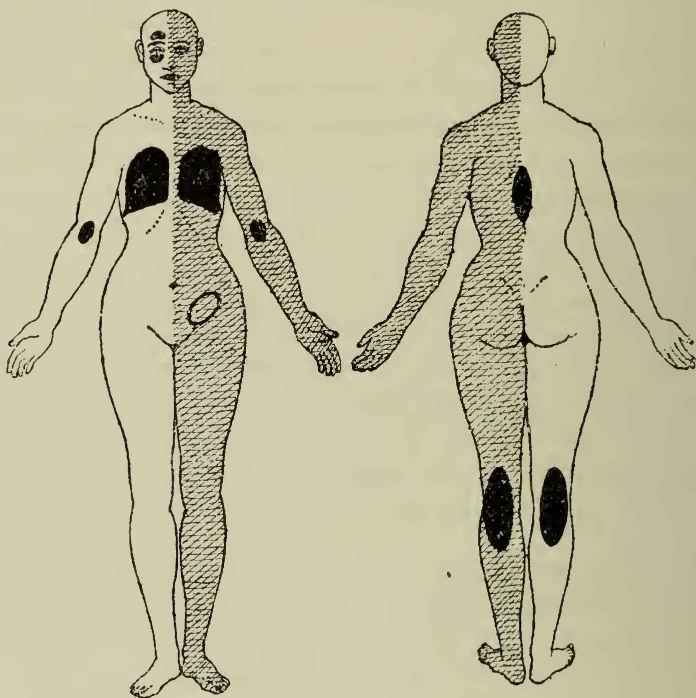
Emma est âgée de trente-trois ans. Elle n'a pas d'antécédents héréditaires fâcheux. Pendant toute sa jeunesse elle a été nerveuse, irritable, exaltée. Elle lisait beaucoup et se plaisait surtout à la lecture des romans. A quinze ans elle fut séduite par un homme qu'elle aimait passionnément et avec lequel elle vécut heureuse et tranquille jusqu'en 1877. A cette époque son amant mourut subitement en voyage, et à partir du jour où elle apprit la nouvelle de cette mort, elle devint sujette à de grandes attaques hystéro-épileptiques. En 1881 elle commença à souffrir de névralgies péri-orbitaires; sa vue s'affaiblit rapidement par suite d'une atrophie progressive de la papille, et aujourd'hui cette atrophie est arrivée à un point tel qu'elle a déterminé une cécité presque complète.

Actuellement Emma est toujours sujette à des attaques convul-

sives spontanées qui surviennent de temps en temps, à intervalles assez éloignés. Pendant les intervalles des attaques elle est hémi-anesthésique gauche et a sur différents points du corps plusieurs zones spasmogènes *(fig. 24)*. C'est en somme une hystérique vraie, avec les accidents permanents et intermittents qui caractérisent la grande hystérie.

Emma est très facilement hypnotisable. A cause de sa cécité, on ne peut l'endormir par la fixation du regard, mais on provoque

Fig. 24. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices d'Emma B...



très rapidement le sommeil hypnotique soit par la compression des globes oculaires, soit par la compression des opercules auditifs, soit par l'audition d'un bruit monotone. J'applique mes deux pouces sur ses yeux en exerçant une pression modérée et uniforme; il y a à peine quelques secondes que j'ai commencé, et déjà la malade est endormie : ses membres conservent les attitudes dans lesquelles on les place; ses paupières restent baissées; elle peut, si on l'en prie, se lever, marcher et faire tous les mouvements qu'on désire; elle répond aux questions qu'on lui pose; elle est en

un mot dans l'*état cataleptoïde les yeux fermés*. C'est du reste le seul état hypnotique qu'il soit possible de provoquer chez elle; jamais par aucun des procédés qui réussissent d'ordinaire chez d'autres malades nous n'avons pu la mettre en *état léthargique*.

Pendant le sommeil provoqué Emma accepte toutes les suggestions possibles, toutes celles du moins qu'on peut lui transmettre, car, à cause de sa cécité, il ne faut pas songer à lui suggérer des mouvements par imitation ou à lui faire exécuter des ordres communiqués par le geste. A l'exception de cette série, nous pourrions recommencer sur elles toutes les expériences que nous avons pratiquées sur Albertine dans nos précédentes réunions et nous obtiendrions des résultats absolument semblables à ceux déjà constatés. Je ne perdrai donc pas de temps à les répéter et j'arrive tout de suite aux expériences relatives aux suggestions *provoquées pendant le sommeil hypnotique et persistant après le réveil*.

II

Emma est endormie. Pendant l'état de sommeil comme pendant l'état de veille, elle est hémianesthésique gauche. J'enfonce une grosse aiguille dans sa joue gauche, je perce de part en part son avant-bras gauche, sans qu'elle donne le moindre signe de douleur; elle sent au contraire très bien dans tout le côté droit du corps, et si nous la piquons sur la joue ou sur la main droite, vous voyez qu'elle proteste avec énergie. Cette constatation faite, je dis à Emma que tout son côté gauche va devenir sensible et que tout son côté droit va au contraire devenir insensible. Vous connaissez déjà les résultats de cette expérience que nous avons pratiquée sur Albertine dans le courant de la dernière leçon. Vous voyez que les choses se passent de la même façon chez Emma; j'enfonce maintenant l'aiguille dans sa main droite sans qu'elle paraisse s'en apercevoir, tandis qu'elle pousse un cri lorsque je pique même légèrement la main gauche. Si nous réveillions maintenant la malade sans rien lui dire de plus, nous mettrions brusquement fin à ces phénomènes de transfert de la sensibilité; immédiatement après le réveil le côté droit redeviendrait sensible et le côté gauche insensible. Mais si, avant de la réveiller, nous lui disons avec assurance et autorité, comme je le fais actuellement : « Après votre réveil vous continuerez à sentir du côté gauche et à ne pas sentir

du côté droit, » les effets de la suggestion persisteront après le retour à l'état de veille. La preuve est facile à faire : je réveille Emma, je lui enfonce profondément une aiguille dans la joue droite et elle ne sent pas la moindre douleur; je pique à peine la joue gauche, et elle recule vivement en se plaignant qu'on la fasse souffrir [1].

Passons à une autre expérience.

Je mélange dans ce verre de la tisane et du vin. Pour faire de ce mélange un breuvage tout à fait savoureux, j'y ajoute une poignée de sel et une grosse pincée de poivre. Cela fait, je mets en réserve dans ce second verre, qui nous servira tout à l'heure, la moitié du nectar dont vous connaissez la composition, et j'offre le premier à Emma, préalablement hypnotisée, en lui disant qu'il contient du curaçao délicieux. Emma prend le verre, et vous voyez qu'elle en déguste le contenu avec des signes non douteux de satisfaction. Je l'arrête après les premières gorgées et je lui dis : « Je vais vous réveiller, et une fois réveillée vous boirez le reste de votre verre de curaçao. » Je la réveille en effet, et elle continue à déguster avec les mêmes signes de satisfaction : « C'est donc bien bon ce que vous buvez là? — Oh! oui, répond-elle; c'est du délicieux curaçao. Je n'en ai jamais bu d'aussi bon. »

Ne croyez pas, Messieurs, que cette appréciation erronée sur la

[1] L'anesthésie provoquée pendant le sommeil et prolongée, par suggestion, aprés le réveil est assez profonde pour qu'on puisse pratiquer de véritables opérations chirurgicales sur les sujets à l'état de veille, sans qu'ils éprouvent la moindre douleur. J'en ai eu la preuve dans les circonstances suivantes :

Paule C... est hémianesthésique du côté droit, le côté gauche de son corps a conservé sa sensibilité normale. Or, sur sa cuisse gauche (côté sensible), un petit phlegmon s'était développé à la suite d'une injection de morphine. La tuméfaction des tissus sous-cutanés avait le volume d'un gros œuf de poule; la peau était rouge, violacée, chaude, et au centre des parties indurées on sentait manifestement de la fluctuation. Toute la région enflammée était le siège d'une sensibilité exquise. On ne pouvait la toucher sans arracher des cris et des larmes à la malade, qui refusait absolument de laisser ouvrir son abcès.

L'occasion me parut favorable pour étudier la puissance des suggestions post-hypnotiques. J'endormis la malade et lui intimai l'ordre de laisser ouvrir son abcès sans protester aussitôt après qu'elle serait réveillée. J'ajoutai *qu'elle ne sentirait rien, absolument rien, même quand le bistouri pénétrerait dans sa peau,* et je la réveillai. On lui offrit alors de pratiquer l'opération dont on lui avait déjà parlé plusieurs fois, et elle accepta sans hésitation. M. André Boursier prit un bistouri, incisa lentement, et couche par couche, la peau qui recouvrait le phlegmon. Cette incision donna issue à la valeur d'un verre à bordeaux de pus épais, crémeux, de coloration rougeâtre. On vida le foyer en comprimant fortement les parties indurées. Pendant tout ce temps la malade regardait en souriant l'opérateur ; elle ne poussa pas un cri; elle n'eut pas une contraction du visage. Elle était seulement fort étonnée de ne sentir aucune douleur à l'ouverture d'un abcès dont elle avait tant souffert les jours précédents.

MM. Liébeault, Bernheim, Liégeois ont fait, avec des résultats identiques, des expériences du même genre. (Voyez Liégeois, *op. cit.,* p. 264 et 265.)

qualité du liquide, dépende d'un trouble général de la sensibilité gustative. L'illusion sensorielle résultant de la suggestion est limitée à l'objet sur lequel a porté la suggestion, et tout autre corps sapide placé sur la langue de la malade sera apprécié à sa juste valeur. En voici la preuve : je dis à Emma de goûter le liquide contenu dans le verre que nous avons mis en réserve, et elle le repousse avec dégoût après y avoir trempé ses lèvres, en disant que c'est détestable.

J'endors Emma une troisième fois, et quand elle est endormie je lui dis de remuer ses mains en les faisant tourner rapidement l'une autour de l'autre, ce qu'elle fait sans aucune résistance. Maintenant que le mouvement est bien lancé, je lui dis qu'elle ne peut plus s'arrêter et j'ajoute, avec un accent très convaincu, qu'elle ne pourra même plus s'arrêter lorsqu'elle sera réveillée. Je la réveille alors en lui soufflant sur les yeux. La voilà revenue à son état normal. Elle ne se souvient pas de ce qui s'est passé pendant qu'elle était endormie, et cependant vous voyez que le mouvement de ses mains ne s'arrête pas. Je ne sais ce qui arriverait si nous abandonnions maintenant la malade à elle-même en lui laissant exécuter indéfiniment le mouvement suggéré. Il est vraisemblable qu'au bout d'un certain temps elle aurait une attaque convulsive qui terminerait la scène; mais je dois dire que je n'ai jamais poussé l'expérience jusque-là. Souvent, en revanche, nous avons provoqué des mouvements du genre de ceux qui sont accomplis actuellement devant vous, tout à fait au début de notre visite à la salle des femmes, et à la fin de la visite, qui dure environ une heure, quand nous revenions auprès de la malade, nous la trouvions exécutant encore religieusement le mouvement commandé. Ni les prières, ni les ordres formels, ni les menaces ne suffisent pour faire disparaître l'effet de ces suggestions. Et ce qu'il y a de plus singulier, c'est que les sujets ne savent pas pourquoi ils agissent. Écoutez à ce propos les réponses que va nous faire Emma, qui ne paraît guère s'occuper de ce que nous disons, mais qui, en revanche, ne cesse pas un instant de tourner ses mains l'une autour de l'autre :

« Vous êtes impatientante, Emma, avec vos mouvements. Restez donc immobile. Vous me gênez.

— Mais, Monsieur, je ne peux pas m'arrêter.

— Que me dites-vous là? Quand on veut ne pas remuer, on le peut. Faites-moi le plaisir de rester tranquille.

— Je ne peux pas m'arrêter. J'ai beau vouloir m'arrêter, mes mains remuent malgré moi.

— Savez-vous au moins pourquoi vous remuez ainsi?

— Je n'en sais rien; c'est malgré moi; quelque chose me pousse à remuer mes mains, et je ne peux pas ne pas les remuer.

— Quelqu'un vous a-t-il ordonné de faire ces mouvements?

— Non; je ne sais pas comment c'est venu. »

Ainsi, Messieurs, le mouvement suggéré pendant le sommeil peut, dans certaines conditions expérimentales déterminées, se prolonger après le réveil bien que le sujet ne se rappelle pas l'injonction initiale en vertu de laquelle il agit. Le mouvement se produit automatiquement, par le fait d'une impulsion inconsciente et irrésistible; il ne peut pas être arrêté volontairement. La cause qui l'a provoqué échappe à la conscience, et le mécanisme qui l'exécute est en dehors de la portée de la volonté.

Mais n'oublions pas notre malade dont les mains ne cessent de tourner. Pour la délivrer de ce mouvement perpétuel, nous serons obligés de la rendormir et d'effacer la première suggestion en lui affirmant qu'elle peut s'arrêter. C'est ce que je vais faire tout de suite. Je comprime légèrement ses globes oculaires; la voilà endormie et ses mains continuent à tourner. Je lui dis alors : « Vous pouvez maintenant vous arrêter; je vous prie de vous arrêter, » et le mouvement cesse sans aucun effort. Je la réveille, et le mouvement ne se reproduit plus.

III

Vous venez de voir, Messieurs, que les suggestions provoquées pendant le sommeil hypnotique peuvent se prolonger après le réveil. Je pourrais multiplier les exemples confirmatifs de cette proposition et répéter les unes après les autres toutes les expériences que nous avons pratiquées dans la dernière leçon, en faisant persister après le réveil, par le procédé très simple que vous connaissez maintenant pour l'avoir vu mettre en pratique, les hallucinations sensorielles, les sensations viscérales, les troubles moteurs et psychiques qui sont susceptibles d'être produits par suggestion. Mais ce serait là, si je ne me trompe, un travail peu profitable et je préfère employer le temps qui nous reste à vous montrer quelques exemples de phénomènes *suggérés pen-*

dant le sommeil hypnotique et ne se manifestant que pendant l'état de veille, plus ou moins longtemps après le réveil.

J'endors Emma et Albertine, puis je dis à la première : « Je vais vous réveiller, et quelques minutes après que vous serez réveillée vous entendrez des voix qui vous diront toutes sortes de choses désagréables. Ces voix diront, par exemple, que vous avez assassiné vos parents, que vous aimez à boire outre mesure, que vous êtes une menteuse, une paresseuse, etc. » Puis je la réveille, et elle va s'asseoir sur sa chaise sans donner aucun signe de mécontentement. A Albertine, je dis : « Quelques minutes après que je vous aurai réveillée, vous sentirez dans la tête des démangeaisons intolérables, comme si vous étiez couverte de poux. » Je la réveille aussitôt, et elle va s'asseoir sur sa chaise.

Actuellement, nos deux malades sont éveillées; elles ignorent absolument ce qui leur a été suggéré, elles n'ont pour le moment aucune hallucination sensorielle. Mais attendons quelques instants. Voyez, déjà Emma relève la tête. Elle a l'air étonné et mécontent. Voilà qu'elle se lève. « Qu'est-ce qu'on me dit là! s'écrie-t-elle; que je suis une coquine, une paresseuse? que j'ai assassiné mon père et ma mère?... C'est indigne de me dire de pareilles choses!... Je croyais pourtant que les messieurs qui venaient ici étaient des messieurs bien élevés; mais il faut qu'ils n'aient pas de cœur pour insulter ainsi une pauvre femme... Non, Monsieur, je n'ai pas assassiné mes parents; ils étaient trop bons pour moi, et du reste il n'y a jamais eu d'assassins dans ma famille... Vous mentez, vous, je n'ai jamais bu plus que de raison... » La scène se prolongerait indéfiniment si nous n'y mettions un terme en endormant la malade et en lui affirmant qu'on ne lui dira plus aucune parole malveillante.

Portez maintenant vos regards vers Albertine. Elle a tiré son bonnet et se gratte la tête avec fureur. « Que faites-vous là, Albertine? — Vous le voyez bien; je me gratte. J'ai dû attraper des poux. Ce ne serait pas étonnant du reste, car il vient souvent des gens malpropres dans la salle. » Pour faire cesser ces démangeaisons, nous allons être obligés de rendormir notre malade et de lui affirmer qu'elle n'a pas attrapé de poux.

Au lieu de suggérer des sensations auditives ou des démangeaisons du cuir chevelu, nous pourrions tout aussi facilement suggérer à nos malades des hallucinations visuelles ou viscérales; nous pourrions les rendre paralytiques ou aphasiques. Et tout

cela, remarquez-le bien, non pas au moment même du réveil, mais à l'instant précis que nous fixerions en donnant les suggestions. De telle sorte que si nous disions à l'une de nos malades endormies : « Après votre réveil, à telle heure de la journée, vous verrez le diable ou la Sainte Vierge, » à l'heure dite elle aurait l'hallucination visuelle suggérée et verrait la Sainte Vierge ou le diable. Si nous lui disons : « Ce soir, après votre dîner, vous serez tout à coup paralysée des membres inférieurs; » ce soir, après le dîner, la paralysie suggérée surviendrait brusquement.

Enfin, Messieurs, nous pourrions commander à nos malades dans l'état de sommeil hypnotique d'exécuter, à une heure déterminée après leur réveil, tel ou tel acte simple ou compliqué, et cet acte serait exécuté à moins d'impossibilité matérielle absolue. Je ne puis pas vous rendre témoins de ces expériences à longue portée, mais vous pouvez tenir pour certains les résultats que je vous indique. Ils ont été vérifiés un peu de tous côtés. Partout ils ont été également démonstratifs.

Je puis en revanche faire accomplir devant vous par une de nos malades, immédiatement après le réveil, un ordre transmis pendant le sommeil hypnotique. J'endors Albertine et je lui dis : « Quand vous serez réveillée, vous irez chercher dans le laboratoire une grande boîte en bois qui se trouve dans la vitrine à côté des microscopes. » Je la réveille, et la voilà qui part, se dirige vers le laboratoire et revient quelques instants après, rapportant la boîte dont on lui a parlé.

Que serait-il arrivé si, au lieu de commander à Albertine l'exécution d'un acte insignifiant en lui-même, nous lui avions ordonné de frapper une personne d'un coup de couteau, de voler un objet déterminé? Nous étudierons ce côté de la question dans notre prochaine leçon. Avant de nous séparer aujourd'hui, je veux seulement vous dire quelques mots de la nature des phénomènes qui sont susceptibles d'être provoqués par suggestion et de la durée de la persistance des suggestions.

IV

Pour ce qui concerne la première question, vous savez déjà qu'on peut provoquer par suggestion toutes sortes de troubles de la sensibilité (illusions et hallucinations sensorielles) et de la

motilité volontaire (mouvements d'imitations, paralysies, contractures, mouvements complexes). Vous savez aussi qu'on peut agir sur la mémoire (amnésie), sur la conscience (objectivation des types) et sur la volonté (impulsions automatiques). Ce n'est pas encore tout : On peut suggérer des rêves. Nous avons fait souvent l'expérience suivante. Le matin, à la visite, nous disions à Emma ou à Albertine, préalablement endormie : « La nuit prochaine vous rêverez à des animaux de basse-cour, à telle ou telle personne, à tel fait de votre vie passée, etc. » La malade réveillée n'avait aucun souvenir de ce que nous lui avions ordonné pendant le sommeil hypnotique, et cependant, le lendemain matin, quand nous lui demandions à quoi elle avait rêvé la nuit précédente, elle racontait toujours des rêves en rapport avec ce que nous avions suggéré la veille.

On peut agir par suggestion sur les zones spasmogènes et spasmo-frénatrices, ainsi que sur les zones hypnogènes et hypno-frénatrices. Si nous disons à une de nos malades endormies : « Vous savez qu'ordinairement la pression de tel point du corps vous donne une attaque ou vous endort. Eh bien ! tout cela est changé. Quand vous serez réveillée, on aura beau vous presser la poitrine, le ventre, les membres, cela ne vous donnera plus d'attaque et cela ne vous endormira plus, » il n'y aura plus après le réveil de zones excitables ni sur la poitrine, ni sur le ventre, ni sur les membres.

On peut de même empêcher par suggestion l'action de tous les moyens hypnogènes connus. Nous disons à une malade endormie : « Après votre réveil on ne pourra plus vous endormir par la fixation du regard ou par la compression des yeux, » et si, après l'avoir réveillée, on veut l'endormir de nouveau, il faut trouver un autre moyen de provoquer le sommeil, car la fixation du regard et la compression des globes oculaires sont devenues absolument inefficaces.

On peut dire au sujet endormi : « Après votre réveil vous ne pourrez plus être endormie par M. X... Il aura beau vous regarder fixement, vous presser sur tous les points du corps, vous faire entendre le bruit de sa montre ou tout autre bruit monotone, vous ne vous endormirez pas. » Et, en effet, la malade réveillée ne peut plus être endormie par M. X... à la condition, bien entendu, que ce M. X... ne soit pas un inconnu pour elle, tandis qu'au même moment toute autre personne pourra sans aucune difficulté provoquer le sommeil.

Nous avons pu, toutes les fois que nous l'avons tenté, faire naître par suggestion ces dispositions particulières de l'esprit en vertu desquelles, sans motif appréciable, on est invinciblement disposé à la gaîté et à la tristesse. Albertine, habituée à la vie active des paysans, supporte difficilement la monotonie et le calme du séjour à l'hôpital. Quand elle est dans nos salles depuis quelques jours, elle s'ennuie. Il suffit, pour lui rendre sa gaîté habituelle, de lui dire pendant le sommeil hypnotique qu'elle sera très gaie pendant toute la journée, et en effet pendant toute la journée elle est joyeuse, expansive et d'une gaîté extraordinaire.

On peut, enfin, provoquer des suggestions qu'on pourrait appeler *thérapeutiques,* car elles ont pour effet de faire cesser ou d'empêcher l'apparition de certains accidents morbides. Nous avons souvent fait disparaître par ce procédé des douleurs, des spasmes, des contractures hystériques. Un des exemples les plus curieux que je puisse vous citer est le suivant. Albertine est sujette, vous vous en souvenez sans doute, à des attaques de sommeil spontané. L'an dernier, pour lui procurer un moment de distraction, je l'autorisai à aller avec une personne sûre voir les réjouissances du 14 juillet. Pendant les quelques heures qu'elle passa hors de l'hôpital elle s'endormit plusieurs fois, et la personne qui l'accompagnait dut à plusieurs reprises, au milieu de la foule, la réveiller en lui soufflant sur les yeux. Cette manœuvre ne présente pas de difficulté; mais vous conviendrez qu'il n'est pas agréable d'avoir à l'exécuter dans la rue. Aussi, ne connaissant à cette époque aucun moyen d'empêcher l'apparition des attaques de sommeil, j'avais renoncé à autoriser de nouvelles sorties d'Albertine. Maintenant je n'ai plus aucune crainte, et ces jours derniers notre malade a passé plusieurs après-midi à la foire sans avoir aucune attaque de sommeil. Pour obtenir ce résultat, nous l'endormions avant son départ et nous lui affirmions qu'elle n'aurait pas d'attaque de sommeil jusqu'à son retour dans la salle.

Faut-il conclure de ces faits que nous pourrions agir par suggestion sur des affections organiques; que nous pourrions, par exemple, provoquer un panaris, une pneumonie, une rougeole, faire disparaître une tumeur cancéreuse ou arrêter le cours d'une fièvre typhoïde? Non, bien sûr. La plupart des phénomènes accessibles aux suggestions sont purement subjectifs. Cependant certains actes intimes de la nutrition, la circulation, les sécrétions, la digestion n'échappent pas absolument à l'influence suggestive. On a pu

par ce moyen, provoquer quelquefois des élévations locales de la température, des ecchymoses sous-cutanées, des exsudations sanguines, des soulèvements bulleux de l'épiderme. M. Beaunis est arrivé, chez certains sujets, à modifier le rythme des pulsations du cœur, et on a cité des exemples de purgations obtenues par suggestion et de rappel du flux menstruel. Il y a là toute une série de recherches nouvelles fort intéressantes à poursuivre[1].

Je vous ai promis, Messieurs, de vous faire connaître l'état actuel de nos connaissances sur la durée de la persistance des suggestions. Cette persistance est très variable. En général, quand on dit à un sujet hypnotisé : « Tel phénomène se produira après votre réveil, » sans fixer aucun terme précis à la durée de ce phénomène, il se produit aussitôt après le retour à l'état de veille et ne persiste que pendant quelques instants. Si au contraire on fixe nettement une heure, un jour où le phénomène doit se produire, alors la suggestion peut être efficace pendant un temps beaucoup plus long.

[1] Voyez à ce sujet :

Debove et Flamand, *Recherches expérimentales sur l'hystérie : anorexie, inanition, boulimie, anurie* (*Société médicale des hôpitaux de Paris,* séance du 14 août 1884);

Beaunis, *Modifications de la fréquence des battements du cœur par suggestion hypnotique* (*Société de biologie,* séance du 2 août 1884, et *Le somnambulisme provoqué,* 1886, p. 44);

Beaunis, *Production de rougeur et de congestion cutanée par suggestion hypnotique* (*Le somnambulisme provoqué,* p. 70);

Beaunis, *Vésication par suggestion hypnotique* (*Société de psychologie physiologique,* séance du 29 juin 1885, et *Le somnambulisme provoqué,* p. 73);

Dumontpallier, *De l'action vaso-motrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisables* (*Société de biologie,* séances des 4 et 11 juillet 1885);

Bourru et Burot, *Hémorragie de la peau provoquée par la suggestion en somnambulisme* (*Société de biologie,* séance du 11 juillet 1885);

Bezançon, *Diarrhée provoquée par suggestion chez une hystérique hypnotisable* (*Revue de l'hypnotisme,* t. I, p. 150);

Auguste Voisin, *Traitement de l'aménorrhée par la suggestion hypnotique* (*Société médico-psychologique,* séance du 29 novembre 1886);

Liébeault, *Traitement par suggestion hypnotique de l'incontinence d'urine chez les adultes et les enfants au-dessus de trois ans* (*Revue de l'hypnotisme,* t. I, p. 71);

Bernheim, *Sur un cas de régularisation des règles par suggestion* (*Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences,* Toulouse, 1887, et *Revue de l'hypnotisme,* t. II, p. 138);

Burot, *Névropathie avec acrinie salivaire et constipation datant de trente-cinq ans, guérie par la suggestion* (*Revue de l'hypnotisme,* t. III, p. 169);

Gascard, *Influence de la suggestion sur certains troubles de la menstruation* (*Revue de l'hypnotisme,* t. IV, p. 100);

Charcot, *Œdème bleu des hystériques reproduit expérimentalement par la suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme,* t. IV, p. 353);

Rybalkin, *Brûlure du second degré provoquée par suggestion* (*Revue de l'hypnotisme,* t. IV, p. 361);

Mlle Blanche Edwards, *Quelques faits de suggestion : rougeurs locales, brûlures, ecchymoses,* etc. (*Progrès médical,* 21 juin 1890); etc.

Nous avons vu souvent dans le service les phénomènes suggérés se produire deux ou trois jours après le début de l'expérience. Mais ce n'est certainement pas là la limite extrême au delà de laquelle la suggestion ne se produit plus. Nous savons, par quelques observations de M. Ch. Richet et de M. Bernheim, que cette limite peut dépasser plusieurs semaines. M. Bernheim rapporte une expérience dans laquelle un acte suggéré à un sujet hypnotisé le 2 août 1883 a été exécuté, comme cela avait été spécifié, le 3 octobre suivant, c'est-à-dire soixante-trois jours après. M. Beaunis cite un exemple de suggestion réalisée à cent soixante-douze jours d'intervalle, et dans une expérience de M. Liégeois une suggestion donnée le 12 octobre 1885 a été exécutée le 12 octobre 1886, un an après. L'échéance peut-elle être reculée plus loin encore? Cela est possible, mais les faits nous manquent pour répondre actuellement à cette question.

CINQUANTIÈME LEÇON

DES SUGGESTIONS HYPNOTIQUES (fin)

SOMMAIRE

I. Considérations médico-légales relatives aux suggestions hypnotiques. Actes délictueux ou criminels exécutés sous l'influence des suggestions. Expériences.

II. De la résistance aux suggestions. Différents modes de résistance opposés par les sujets.

III. Valeur du témoignage des sujets hypnotisés. Circonstances qui peuvent fausser ce témoignage.

IV. Conclusions générales.

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui de quelques-unes des conséquences médico-légales qui découlent des faits que nous avons étudiés ensemble dans les précédentes leçons.

I

Plusieurs fois déjà, la justice a eu à s'occuper d'attentats criminels commis par des malfaiteurs sur des personnes en état de sommeil hypnotique[1]. Si vous vous rappelez la symptomatologie de l'état léthargique, vous devez comprendre combien l'inertie absolue qui le caractérise doit faciliter l'accomplissement de pareils attentats. Le sujet est incapable de réagir, il lui est impossible de pousser un cri, de faire un mouvement. On peut le voler, le violer, le frapper sans qu'il fasse le moindre mouvement de défense. Et de plus, une fois réveillé, il ne se souviendra pas de ce qui s'est passé

[1] Voyez à ce sujet : Tardieu, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. Paris, 1878, p. 88 et suiv. ; — Brouardel, *Accusation de viol accompli pendant le sommeil hypnotique* (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, janvier 1879) ; — Friedberg, *Uber den Hypnotismus von gerichtrartzlichen Stadpunkte* (*Deutscher medizinische Wochenschrift,* 1880) ; — Hofmann, *Nouveaux éléments de médecine légale,* trad. Brouardel. Paris, 1881.

pendant le sommeil, il ne pourra pas raconter les détails de l'exécution du crime, il ne pourra pas indiquer le signalement de l'auteur de l'attentat dont il a été victime.

Mais ce n'est pas là le côté le plus intéressant de la médecine légale de l'hypnotisme. Les phénomènes de suggestion pourraient être exploités dans une intention coupable. Un malfaiteur habile, bien au courant de l'état actuel de nos connaissances sur les manifestations de l'hypnotisme et sur les procédés à employer pour les produire, pourrait faire commettre par des sujets hypnotisés des actes criminels, et cela simplement en suggérant au sujet des illusions sensorielles, des hallucinations ou des impulsions automatiques en rapport avec l'acte à exécuter. Il n'y a pas encore, il est vrai, à ma connaissance, d'exemples de crimes accomplis sous l'influence immédiate de suggestions. Cependant il est à craindre que des faits de ce genre ne se produisent un jour ou l'autre, et il convient d'être préparé par des réflexions antérieures à résoudre les problèmes qui se poseront alors.

Je vais pratiquer devant vous une expérience qui vous démontrera, je l'espère, que ces études préliminaires sont largement justifiées par les phénomènes que nous connaissons et que nous sommes en mesure de produire à notre gré.

Je fais venir Albertine et je lui donne une pièce d'or. « Je vous en fais cadeau, lui dis-je. Elle est à vous. Tâchez seulement de ne pas vous la laisser voler. » Albertine, enchantée de ma générosité, me remercie avec effusion : elle plie la pièce dans son mouchoir et enfonce le mouchoir dans sa poche. Je saisis alors le bras de la malade et je presse fortement sur la zone hypnogène du pli du coude. Cela suffit, vous le savez, pour provoquer immédiatement le sommeil léthargique. Sous l'influence de cette simple pression la malade s'affaisse; tous ses muscles sont maintenant en résolution; elle ne répond pas quand on l'appelle, elle ne manifeste aucune douleur quand on la pique. Laissons-la dans cet état et faisons approcher Emma.

Celle-ci arrive sans se douter de la petite machination dont elle va être l'instrument tout à fait inconscient. Je l'endors par la compression des globes oculaires, et maintenant qu'elle est endormie je lui dis : « Une fois que vous serez réveillée, vous vous dirigerez vers Albertine qui est couchée au milieu de la salle, vous fouillerez dans les poches de sa robe jusqu'à ce que vous trouviez un mouchoir. Dans ce mouchoir il y a une pièce d'or qui

m'appartient. Quand vous aurez trouvé la pièce, vous me l'apporterez, après avoir replié le mouchoir et l'avoir replacé dans la poche d'Albertine. »

Cela dit, je réveille Emma : elle se dirige vers Albertine, fouille dans ses poches, prend la pièce d'or dans le mouchoir, remet le mouchoir à sa place et me rapporte la pièce. Pendant tout ce temps Albertine n'a pas bronché. Nous allons la réveiller, elle se désolera plus tard de la perte de son trésor quand elle s'apercevra qu'il a disparu, mais elle ne pourra pas nous dire comment et par qui elle en a été dépouillée. Quant à Emma, elle a accompli sans malice l'ordre qu'elle avait reçu. Elle n'a pas volé sciemment. Elle n'est pas coupable au sens moral du mot. Elle a été l'instrument passif d'un acte délictueux dont je suis seul responsable moralement et dont je devrais être seul responsable devant la justice.

Je ne veux pas insister sur les différents procédés à l'aide desquels il serait possible de se servir des sujets hypnotisés ou hypnotisables pour leur faire commettre des attentats criminels. Après les nombreuses expériences dont vous avez été témoins, il vous est facile de concevoir la plupart des moyens qu'un malfaiteur pourrait utiliser pour préparer le crime et assurer son exécution. Cependant il ne faudrait pas exagérer l'importance des suggestions et s'imaginer, par exemple, que tous les sujets hypnotisables seraient capables de devenir, à un moment donné, par le seul fait d'un ordre suggéré, les exécuteurs de toutes les intentions criminelles de personnes étrangères. — Ceci me conduit à vous entretenir de la *résitance aux suggestions*.

II

Quand on a donné à une personne en état de sommeil hypnotique l'ordre d'exécuter, après son réveil, un acte déterminé, la personne réveillée exécute généralement l'acte commandé sans se souvenir de l'ordre qu'elle a reçu et sans se rendre compte des causes qui la font agir. L'idée de l'acte suggéré vient à son esprit sans qu'elle sache pourquoi; le désir de l'accomplir s'impose à sa volonté, et finalement elle cède à l'impulsion sans lui opposer aucune résistance sérieuse.

Toutefois, l'acte commandé dans les conditions précitées n'est pas toujours et nécessairement exécuté. Certains sujets, d'ailleurs facilement hypnotisables et suggestibles, peuvent résister après

le réveil, par un effort de volonté, à l'exécution des actes qu'il leur a été ordonné d'accomplir. Leur automatisme n'est pas absolu. Ils éprouvent un désir plus ou moins impérieux; une force inconnue dans sa nature les pousse à l'action. Mais ils peuvent résister au désir et opposer à l'impulsion un *veto* formel et efficace. M. Bernheim a signalé déjà quelques exemples de ces résistances. J'en ai observé aussi un très grand nombre. Un jour j'ordonnai à une de nos malades hypnotisées d'embrasser, après son réveil, un des élèves du service, M. X... Une fois réveillée, elle s'approcha de l'élève désigné, lui prit la main, puis elle hésita, regarda autour d'elle, parut contrariée de l'attention avec laquelle on la regardait. Elle resta quelques instants dans cette position, l'air anxieux, en proie à une angoisse visible. Pressée de questions, elle finit par avouer en rougissant qu'elle avait envie d'embrasser M. X..., mais qu'elle ne commettrait jamais une pareille inconvenance.

Pour vous rendre témoins d'un exemple de ces résistances aux actes suggérés, j'endors Emma, et après avoir placé une pièce d'argent sur la table, je dis à la malade : « Quand je vous aurai réveillée, vous irez prendre sur la table une pièce que quelqu'un a oubliée là. Personne ne vous verra. Vous mettrez la pièce dans votre poche. Ce sera un petit vol qui n'aura pour vous aucune conséquence fâcheuse. » Je réveille la malade. Elle se dirige vers la table; elle recherche la pièce et la met dans sa poche en hésitant. Mais aussitôt après elle la retire et la remet entre mes mains en disant que cet argent n'est pas à elle, qu'il faut rechercher la personne qui l'a oublié sur la table. « Je ne veux pas garder cet argent, dit-elle. Ce serait un vol, et je ne suis pas une voleuse. »

Il existe un autre mode de résistance aux suggestions dont M. Bernheim ne paraît pas avoir eu connaissance et qui est des plus singuliers. Quand on ordonne à certains sujets hypnotisés d'exécuter, après leur réveil, un acte qui révolte leur conscience ou qui leur est très désagréable, ils déclarent formellement qu'ils ne veulent pas obéir à un pareil ordre et qu'ils ne se laisseront pas réveiller tant qu'on ne leur aura pas donné l'assurance qu'ils ne l'exécuteront pas. Et en effet, si on maintient l'injonction, il est impossible de les réveiller; l'insufflation sur les yeux, la compression ovarienne ne font plus cesser le sommeil hypnotique. Je n'ai observé jusqu'à présent ce mode de résistance aux suggestions que chez une seule malade, chez Albertine, et voici dans quelles circonstances. Parmi les troubles nerveux qui peuvent survenir

spontanément chez les hystériques, se trouve l'aphasie avec ou sans paralysie des membres. Albertine a présenté plusieurs fois des accidents de ce genre. Il lui est arrivé à différentes reprises de perdre complètement la parole pendant plusieurs jours consécutifs. Cette aphasie hystérique n'a pas de gravité. On peut la faire disparaître par suggestion ou par l'application de courants électriques. Albertine redoute cependant beaucoup cet accident, qu'elle considère, à tort ou à raison, comme le plus désagréable de tous ceux qu'elle a éprouvés jusqu'à présent. Or, un jour, je lui ordonnai, pendant qu'elle était endormie, de devenir aphasique après son réveil et de rester aphasique pendant vingt-quatre heures consécutives. L'expérience réussit pleinement. Mais quand je tentai plus tard de la répéter, Albertine déclara qu'elle ne voulait pas être aphasique après le réveil et que, si je persistais à le lui ordonner, elle ne se laisserait pas réveiller. Je ne pensais pas alors qu'elle pût opposer aux manœuvres que nous employons d'ordinaire pour provoquer le réveil une résistance quelconque. Je maintins l'injonction et je pratiquai l'insufflation sur les yeux; mais la malade ne se réveilla pas. Je la fis étendre sur son lit et je comprimai son ovaire gauche sans plus de succès. Je pressai plus fort, et le seul résultat que j'obtins fut de provoquer l'état léthargoïde à la place de l'état cataleptoïde. Je dus transiger et déclarer à la malade qu'elle ne serait aphasique que pendant cinq minutes. Elle finit par accepter ces conditions, et je pus alors la réveiller sans aucune difficulté. J'ai refait depuis cette expérience un certain nombre de fois, et toujours les résultats ont été les mêmes.

Même pendant la durée du sommeil hypnotique, il n'est pas toujours possible de faire exécuter à certains sujets les actes qui leur déplaisent. En général, il est vrai, il suffit d'ordonner énergiquement ou de répéter l'ordre avec fermeté pour vaincre toutes les répugnances. Nous avons pu, maintes fois, faire simuler des meurtres par des malades en état de sommeil hypnotique. Mais, je le répète, cela n'est pas toujours possible. Quelquefois on se heurte à des résistances inébranlables, absolues : la malade refuse d'obéir, et si on insiste elle a une crise convulsive ou tombe en léthargie. Nous avions, il y a deux ans, dans le service une jeune femme qui était très facilement hypnotisable et chez laquelle on pouvait provoquer sans aucune difficulté les mouvements d'imitation, les phénomènes de la prise du regard, les illusions et les hallucinations sensorielles. Mais il était impossible d'obtenir d'elle qu'elle

frappât quelqu'un. Si on le lui ordonnait énergiquement, elle levait la main et tombait aussitôt en léthargie.

Ces faits prouvent, si je ne me trompe, que l'irresponsabilité morale des sujets hypnotisés n'est pas toujours absolue. Il est possible que, dans certains cas, l'impulsion provoquée par la suggestion soit tellement brusque, tellement violente que les actes suggérés soient accomplis avant que la conscience ait pu en apprécier la valeur et en mesurer les conséquences. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. La suggestion fait naître un désir plus ou moins violent, une impulsion plus ou moins impérieuse, mais l'obéissance au désir ou à l'impulsion suggérée n'est pas fatale. Le sujet peut résister. A l'envie d'agir il peut opposer la volonté formelle de ne pas agir, et si les actes commandés révoltent sa conscience ou s'ils lui sont particulièrement désagréables, il peut ne pas les exécuter[1].

Néanmoins, le médecin appelé à donner son avis sur le degré de responsabilité d'un sujet convaincu d'avoir accompli un acte délictueux ou criminel sous l'influence de suggestions hypnotiques devra toujours, il me semble, conclure à l'irresponsabilité légale de l'accusé. Quand nous avons à nous prononcer sur la responsa-

[1] Dans son remarquable ouvrage sur *l'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, publié en 1887, M. Gilles de La Tourette s'occupe longuement de la question de la *résistance aux suggestions*. Ses opinions sont conformes à celles qui sont développées dans la présente leçon. Il cite incidemment quelques observations qui méritent d'être rapportées. L'une d'elles est due au marquis de Puységur qui, dans une de ses expériences, ne put obtenir qu'un somnambule signât une donation de tout son bien. « Mais enfin, lui dit le marquis, si je voulais absolument votre signature, il faudrait bien que vous me la donnassiez puisque j'ai un empire absolu sur vous. — Vous ne l'avez que jusqu'à un certain point, répondait le somnambule, et si vous pouviez exiger de moi une pareille chose, vous me feriez beaucoup de mal et je m'éveillerais (p. 363). »

Brierre de Boismont a vu une personne de laquelle on obtenait facilement (quand elle était en état somnambulique) des détails sur certaines particularités intimes de la vie des personnes qu'elle connaissait; mais lorsque la malignité allait trop loin, la malade se débattait, disait que c'était mal, qu'elle ne le ferait pas, et jamais on n'a pu obtenir qu'elle dépassât dans ses confidences une certaine limite (p. 360).

M. Paul Richer a observé des faits analogues. D'après lui, « une somnambule peut se refuser complètement à accomplir certains actes pendant que, pour tout le reste, elle n'oppose aucune résistance... La somnambule oppose souvent une certaine résistance à la suggestion. Elle discute, elle demande le motif, elle dit non. Le plus souvent ce pouvoir de résistance est faible. L'expérimentateur en a facilement raison; mais quelquefois cette résistance ne peut être vaincue (p. 137). »

M. Brouardel partage cette opinion. « Si, dit-il (*Gazette des hôp.*, 8 nov. 1887), un individu agréable à la somnambule lui offre des suggestions agréables ou indifférentes, elle s'y soumet; mais si ces suggestions mettent en révolte ses affections personnelles ou ses instincts naturels, la somnambule oppose une résistance presque invincible. Vous arriverez facilement, après quelques insistances, à faire signer un reçu de cinquante francs, par exemple, mais vous n'obtiendrez jamais d'une femme qui les a conservés une chose contraire à ses instincts de pudeur... Il y a là un élément au delà duquel la puissance du magnétiseur ne va pas, et c'est très important au point de vue médico-légal.

bilité légale d'un aliéné criminel, nous ne nous occupons pas de savoir si cet aliéné avait conservé au moment où il commettait l'acte incriminé un certain degré de liberté morale. Nous analysons les motifs qui l'ont déterminé au crime, et si ces motifs sont subordonnés à des troubles pathologiques, nous déclarons l'aliéné irresponsable. Exemples : un épileptique, sous l'influence d'une impulsion automatique quelquefois consciente, tue une personne. L'impulsion étant un phénomène pathologique, l'épileptique est considéré par cela même comme légalement irresponsable de l'acte criminel commis sous son influence. Le fou alcoolique devient quelquefois meurtrier par le fait d'illusions sensorielles terrifiantes. Il aperçoit devant lui un monstre effrayant dont la vue le remplit d'épouvante. Il frappe ce monstre, et quand l'accès de délire aigu est passé, il s'aperçoit qu'il a tué un de ses compagnons d'ivresse ou une personne tout à fait étrangère. L'alcoolisé a agi sous l'influence d'un phénomène pathologique, l'illusion sensorielle. Au point de vue judiciaire, cela nous suffit; il est légalement irresponsable. Le persécuté tue froidement, volontairement. Il prémédite le meurtre, il choisit sa victime et son heure. Il est cependant irresponsable, parce qu'il agit sous l'influence d'une systématisation délirante, basée elle-même sur des hallucinations de l'ouïe.

Impulsions, illusions, hallucinations, tels sont les trois principaux mobiles pathologiques des meurtres commis par les aliénés. Or, chacun de ces trois phénomènes peut être provoqué artificiellement chez les sujets hypnotisés. La suggestion donne lieu à une véritable aliénation mentale temporaire; elle doit suspendre la responsabilité légale. Dès lors tout sujet qui, sous l'influence d'une impulsion, d'une illusion ou d'une hallucination suggérées, aura accompli un acte délictueux ou criminel, devra être considéré comme un malade atteint d'un accès d'aliénation mentale et déclaré légalement irresponsable des actes commis pendant la durée de l'accès.

III

Pour en finir, Messieurs, avec les considérations que je désire vous présenter aujourd'hui, il me reste à vous parler de la valeur du témoignage des sujets hypnotisés.

En général, ainsi que j'ai eu l'occasion de vous le dire déjà

plusieurs fois, le souvenir des faits accomplis pendant la durée des divers états hypnotiques ne persiste pas après le réveil, tandis qu'au contraire, pendant le sommeil somnambulique provoqué, les sujets hypnotisés peuvent se rappeler les événements dont ils ont été témoins, acteurs ou victimes, que ces événements aient été accomplis pendant l'état de veille normal ou pendant une phase de sommeil hypnotique antérieur, de telle sorte que la mémoire est plus étendue dans l'état hypnotique que dans l'état de veille. Je puis vous fournir immédiatement la preuve expérimentale de cette proposition.

Pour cela, je fais approcher Albertine et, sans l'endormir, je lui demande:

« Avez-vous conservé la pièce que je vous ai donnée au commencement de la leçon?

— Oh! oui, Monsieur, répond-elle, je l'ai mise dans mon mouchoir et je n'ai pas sorti la main de ma poche.

— Regardez donc, je vous prie, si elle est encore dans votre mouchoir. »

Albertine fouille alors dans sa poche, déploie son mouchoir et, toute surprise de n'y plus trouver la pièce, elle avoue en se lamentant qu'elle n'y comprend rien, qu'elle est pourtant bien sûre d'avoir enfermé la pièce dans son mouchoir et qu'elle ne sait pas du tout comment on a pu la lui prendre. C'est en vain que nous la presserons de questions pour obtenir des détails plus précis; elle ne peut rien dire de plus, elle ne sait rien de plus. Mais si nous venons à l'interroger après l'avoir endormie, son attitude et ses réponses seront bien différentes, ainsi que vous allez pouvoir en juger par vous-mêmes. Je la mets tout de suite, par la fixation du regard, en état cataleptoïde, et aussitôt que je lui parle de la pièce elle répond d'un ton vexé : « Vous savez bien que je ne l'ai plus. Vous avez dit tout à l'heure à Emma de venir la prendre dans ma poche et de vous la rapporter. Il valait bien mieux ne pas me la donner. »

Ainsi la malade, qui ne se rappelle pas, pendant l'état de veille, comment et par qui elle a été dépouillée, révèle sans hésitation, lorsqu'elle est endormie, les moindres détails de l'attentat dont elle a été victime pendant la durée d'une phase de sommeil hypnotique antérieur.

Il est impossible, ce me semble, de ne pas être frappé des résultats étonnants de cette expérience et de ne pas se demander si, dans certaines circonstances, la justice n'aurait pas intérêt à

recueillir les indications fournies par des sujets hypnotisés sur des faits dont ces sujets auraient été témoins en état de sommeil, et dont ils ne pourraient par conséquent se souvenir que pendant le sommeil hypnotique. Théoriquement, la réponse à cette question n'est pas douteuse; mais, en pratique, les révélations faites pendant l'état hypnotique ne sauraient être acceptées qu'avec les plus grandes réserves. Des causes d'erreurs nombreuses peuvent intervenir dans ces conditions et fausser les résultats de l'enquête. Dans un procès récent, qui a eu un très grand retentissement, la Cour de Paris a autorisé MM. Motet et Mesnet[1] à hypnotiser devant elle un malade accusé d'outrage public à la pudeur. Il n'est pas impossible que l'occasion se présente encore un jour ou l'autre de profiter des connaissances actuellement acquises sur la symptomatologie du somnambulisme provoqué, soit pour démontrer l'irresponsabilité d'un accusé, soit pour obtenir de lui des révélations utiles à la justice. Mais il faut bien connaître les difficultés contre lesquelles aurait alors à lutter le médecin légiste et les causes d'erreurs qu'il aurait à éviter.

Tout d'abord, Messieurs, il faut que vous sachiez que certains sujets hypnotisés peuvent, pendant le sommeil hypnotique, refuser de répondre aux questions qui leur sont posées. Ils ne disent pas nécessairement tout ce qu'ils savent. Même quand on les interroge avec persistance, ils peuvent cacher certains faits qu'ils désirent qu'en ignore. Emma, par exemple, a sur la lèvre supérieure des poils plus abondants et plus colorés que la plupart des autres femmes. Pour obvier aux inconvénients qui résultent de cette petite infirmité, elle coupe les poils disgracieux. Mais quelque soin qu'elle porte à ce détail de sa toilette, les tronçons de poils coupés sont toujours apparents. Or, à plusieurs reprises, après avoir placé Emma dans le sommeil hypnotique, je l'ai plaisantée sur sa *moustache* en lui demandant très impérieusement de me dire comment elle la coupait. Jamais elle n'a répondu à cette question, jamais elle n'a consenti à nous dire si elle se servait de ciseaux ou de rasoirs, jamais elle n'a avoué qu'elle taillait de temps en temps les poils de sa moustache. Au premier abord, cette expérience vous paraîtra peut-être bien futile. Elle me semble avoir cependant une véritable importance, car elle démontre d'une façon péremptoire que les sujets hypnotisés peuvent refuser de

[1] Motet, *Accès de somnambulisme spontané et provoqué* (*Gazette des hôpitaux*, 15 mars 1881, et *Annales médico-psychologiques*, 1881, p. 468).

répondre aux questions indiscrètes ou déplaisantes qui leur sont posées.

Bien plus, certains sujets peuvent, pendant le sommeil hypnotique, mentir volontairement et sciemment. Interrogés sur des faits qu'ils connaissent, sur des actes dont ils ont le souvenir précis, ils peuvent faire des réponses contraires à la vérité. Je pourrais vous citer plusieurs exemples de ces réponses volontairement mensongères faites par des malades en état de sommeil somnambulique. En voici un qui m'a paru très démonstratif. Un jour je fis simuler un meurtre par une de nos malades hypnotisées. Elle en voulait beaucoup à une de ses voisines avec laquelle elle s'était souvent querellée. Après l'avoir endormie, je lui suggérai l'idée de se débarrasser de sa compagne par un assassinat. « Prenez ce couteau, lui dis-je; votre voisine est dans son lit, elle dort profondément; frappez hardiment et sans crainte; personne ne vous verra. » Après quelques hésitations, le simulacre du meurtre fut accompli. La malade réveillée n'avait aucun souvenir de l'acte qu'elle venait de commettre. Endormie de nouveau, elle se rappelait au contraire très bien les diverses circonstances du crime et manifestait quelques inquiétudes sur ses conséquences possibles. Alors, avant de la réveiller, nous fîmes apparaître à ses yeux des gendarmes qui venaient pour rechercher le coupable et un juge d'instruction chargé de poursuivre l'enquête. Dès qu'elle crut être interrogée par le magistrat, elle déclara qu'elle n'avait aucune connaissance du crime, qu'elle ne savait pas ce qui s'était passé, qu'elle était innocente. C'est seulement après un dialogue très prolongé que, pressée de questions, accablée de preuves, elle finit par avouer qu'elle avait donné un coup de couteau à sa voisine. Encore mettait-elle dans ses aveux certaines réticences. Après avoir déclaré qu'elle avait commis le crime, elle refusait de dire par qui elle y avait été poussée, et il fallut la solliciter très vivement et très longtemps pour lui faire avouer que je lui avais conseillé le meurtre et fourni le couteau.

Une troisième cause d'erreur, bien plus importante encore que les précédentes, provient de la facilité extrême avec laquelle il est possible de faire naître dans l'esprit des sujets hypnotisés des hallucinations ou des illusions sensorielles. Un mot, un seul mot, prononcé à la légère au milieu d'un interrogatoire, peut provoquer ces hallucinations ou ces illusions et substituer au souvenir plus ou moins vivace des faits réels qu'on cherche à connaître la vision

actuelle d'impressions imaginaires qui troubleront le jugement du sujet et ôteront toute valeur à ses réponses [1].

Enfin, Messieurs, une dernière difficulté dans l'appréciation judiciaire du témoignage des sujets hypnotisés pourrait provenir de l'*amnésie suggérée*. Vous savez, en effet, qu'il est possible de provoquer par simple suggestion la perte totale ou partielle de la mémoire, de telle sorte qu'un malfaiteur qui se serait servi d'une personne en état de sommeil hypnotique pour l'exécution d'un acte criminel, pourrait suggérer à cette personne d'oublier pour toujours tous les détails se rapportant à la préparation ou à la perpétration du crime, et dans ces conditions le sujet interrogé soit à l'état de veille, soit à l'état de sommeil hypnotique, ne pourrait plus fournir aucun renseignement ni sur les actes incriminés ni sur les conseils ou les injonctions qui l'auraient poussé à commettre ces actes [2].

En résumé, il n'est pas impossible que, dans certaines circonstances tout à fait exceptionnelles, la justice ait intérêt à recueillir les dépositions de sujets préalablement placés en état de somnambulisme provoqué. Mais il ne faut pas oublier que de nombreuses et importantes causes d'erreurs peuvent fausser le témoignage des

[1] M. Bernheim a montré qu'on pouvait fausser le témoignage de certains sujets en donnant à ces sujets des *hallucinations rétroactives,* c'est-à-dire en leur faisant croire par suggestion qu'ils ont assisté à des événements imaginaires : « On peut, dit-il, suggérer à certaines personnes qu'à un moment déterminé elles ont vu tel fait, commis tel acte dont l'image évoquée dans leur esprit apparaît comme un souvenir d'image réelle qui les domine au point qu'il est pour elles d'une incontestable réalité. » On comprend tout le parti qu'un criminel, ayant intérêt à lancer sur une fausse piste les magistrats chargés de l'instruction d'une affaire, pourrait tirer de ces *hallucinations rétroactives provoquées.* (Voyez à ce sujet : Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique,* Paris, 1886, p. 183; et *Les hallucinations rétroactives suggérées dans le sommeil naturel ou artificiel,* communication au premier congrès de l'hypnotisme, p. 291.)

[2] M. Liégeois pense que l'auteur d'une suggestion criminelle pourrait cependant être retrouvé si l'expert avait soin de ruser avec le sujet et de lui faire désigner le coupable d'une façon indirecte. Exemple : On a dit à une personne hypnotisée : « Prenez cet argent, et quand vous l'aurez pris, vous ne direz pas qui vous a conseillé ce larcin. » On cherche l'instigateur de l'acte, et naturellement le sujet hypnotisé refuse de donner le nom de la personne qui l'a conseillé. On lui dit alors : « Quand la personne qui vous a dit de prendre l'argent se présentera devant vous, vous lui direz : « Monsieur, je suis content de vous voir; chantez-moi donc la *Marseillaise;* » et le sujet, en exécutant cette seconde suggestion, signalerait indirectement le coupable.

A l'appui de son opinion, M. Liégeois rapporte quelques expériences qui paraissent confirmatives (*Des expertises médico-légales en matière d'hypnotisme; Recherche de l'auteur d'une suggestion criminelle,* in *Revue de l'hypnotisme,* 1er juillet 1889). Mais il est probable que le succès ou l'insuccès des expériences de ce genre dépend des termes mêmes dans lesquels la suggestion a été donnée. Si l'instigateur avait dit au sujet : « Jamais vous ne vous rappellerez qui vous a conseillé l'acte que vous allez commettre; jamais vous ne me reconnaîtrez, » je ne vois vraiment pas par quel artifice on pourrait le faire désigner même par voie indirecte, par le sujet. C'est également l'avis de M. Gilles de La Tourette (*op. cit.,* p. 159).

sujets hypnotisés et que, par conséquent, dans l'état actuel de nos connaissances, il est prudent de laisser encore l'hypnotisme en dehors des moyens pratiquement utilisables dans la poursuite des enquêtes judiciaires ou des expertises médico-légales[1].

IV

J'ai terminé, Messieurs, l'exposé que je voulais faire des principales découvertes accomplies récemment dans l'étude des suggestions hypnotiques. J'ai cherché surtout à vous montrer des faits, des expériences de nature à ne laisser aucun doute dans vos esprits sur la réalité des phénomènes que nous avons étudiés ensemble, et je me suis systématiquement tenu à l'écart de toute interprétation théorique. Peut-être les symptômes psychiques de l'hypnotisme pourront-ils fournir un jour aux psychologistes des documents qui permettront de mieux comprendre le mécanisme encore si obscur du fonctionnement de l'esprit humain. Mais j'estime que pour le moment toute tentative de systématisation doctrinale serait prématurée. Nous sommes encore tout à fait au début d'une série de recherches dont il est impossible de mesurer la portée et de prévoir les conséquences. Les lois qui président aux manifestations des phénomènes psychiques de l'hypnotisme se dégageront peu à peu de l'obscurité qui les cache à nos yeux à mesure que les observations précises se multiplieront. Sachons attendre patiemment que les matériaux des théories futures soient réunis, et, en attendant, travaillons avec calme et persévérance, sans nous laisser détourner de l'analyse rigoureuse des faits par les sarcasmes des esprits forts qui soupçonnent partout d'astucieuses simulations ou par les enthousiasmes des crédules qui sont toujours disposés à expliquer ce qu'ils ne comprennent pas par des influences surnaturelles.

[1] Depuis que cette leçon a été faite (2 avril 1884) et publiée par le *Journal de médecine de Bordeaux* (nº 47, 1884), la médecine légale de l'hypnotisme a été l'objet de plusieurs travaux importants, parmi lesquels il faut citer ceux de MM. :

Giulio Campili, *Il grande ipnotismo e la suggestione ipnotica nei rapporti col diritto penale e criminale*. Torino, 1886;

Gilles de La Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. Paris, 1887;

Ladame, *L'hypnotisme et la médecine légale*. Lyon, 1888;

Liégeois, *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale*. Paris, 1889.

Ces travaux, fort remarquables à plusieurs titres, n'ont fait que confirmer les idées que j'émettais en 1884.

CINQUANTE ET UNIÈME LEÇON

DE LA MÉMOIRE DANS L'HYPNOTISME.

SOMMAIRE

I. Amnésie rétrograde au début du sommeil hypnotique.

II. Lois du fonctionnement de la mémoire dans l'état d'hypnose : *a*) les personnes hypnotisées se rappellent pendant le sommeil hypnotique tout ce qu'elles ont appris antérieurement à l'état de veille; *b*) elles ne conservent après le réveil aucun souvenir de ce qu'elles ont fait ou appris pendant qu'elles étaient en état de sommeil hypnotique; exceptions à cette loi; *c*) endormies de nouveau, elles se souviennent de tout ce qu'elles ont appris à l'état de veille et dans les états hypnotiques antérieurs.

III. Influence des suggestions sur le fonctionnement de la mémoire. Amnésies et souvenirs suggérés. Faits relatifs à l'hypermnésie expérimentale. Recherches de MM. Féré et Binet sur les hallucinations objectives. Expérience du portrait; son interprétation.

MESSIEURS,

Tout ce qui a frappé notre esprit peut ultérieurement se représenter à lui sous la forme de souvenir. Semblable à un phonographe qui répète quand on le veut les paroles prononcées une fois devant sa lame vibrante, le cerveau enregistre les excitations dont il a été le siège et en reproduit à volonté l'image mnésique. Toutefois, le cerveau est un instrument incomparablement plus perfectionné que le phonographe, car il évoque, en même temps que l'image des événements passés, la notion précise de leur localisation dans le temps et dans l'espace, et même la série des réactions émotionnelles provoquées par ces événements à l'époque où ils se sont produits; de telle sorte qu'on pourrait dire de la mémoire qu'elle est *la reviviscence dans la conscience actuelle des états de conscience antérieurs*.

Le mécanisme intime de cette reviviscence nous est complètement inconnu. Nous en constatons les effets sans en comprendre la cause. Dans tous les cas, nous savons que la mémoire est une des fonctions les plus importantes de l'intelligence. Elle est la

condition nécessaire de tout jugement, de tout raisonnement, de toute comparaison. Sans elle il n'y aurait pas d'éducation possible, par conséquent pas de perfectibilité. Son abolition suspendrait toutes les opérations intellectuelles.

L'histoire des altérations qu'elle subit dans les maladies a été l'objet d'importants travaux, parmi lesquels il convient de citer en première ligne la remarquable monographie, à la fois psychologique et médicale, de M. Ribot [1]. L'étude de son fonctionnement chez les sujets en état d'hypnose spontanée ou provoquée a suscité également de très nombreuses recherches dont je vais essayer de vous faire connaître les principaux résultats.

On savait, depuis longtemps, que les personnes hypnotisées oublient après le réveil tout ce qu'elles ont fait ou appris durant le sommeil et qu'elles en retrouvent le souvenir lorsqu'elles sont plongées de nouveau dans le sommeil hypnotique. Braid, Carpenter, Azam et une foule d'observateurs l'avaient nettement constaté [2]. Mais on n'avait pas poussé plus loin l'analyse jusqu'au jour où les recherches de MM. Ch. Richet [3], Bernheim [4], Delbeuf [5], Dichas [6], Beaunis [7], etc., ont mis en lumière une foule de détails intéressants.

Pour exposer méthodiquement le résumé de l'état de nos connaissances dans cette question, nous allons étudier tout d'abord les phénomènes de mémoire tels qu'ils se produisent dans l'hypnotisme quand aucune influence perturbatrice ne vient compliquer les expériences; nous nous occuperons ensuite des modifications qu'y apporte l'intervention des suggestions.

[1] Th. Ribot, *Les maladies de la mémoire*. Paris, 1883.

[2] On en avait même la notion avant Braid. Dans le rapport sur le Magnétisme animal présenté par Husson, en 1831, à l'Académie de médecine, il est indiqué que les magnétisés « se souviennent de tout ce qui s'est passé pendant tout le temps et toutes les fois qu'ils ont été en somnambulisme. A leur réveil, ils disent avoir oublié totalement toutes les circonstances de l'état de somnambulisme et ne s'en souvenir jamais ».

Dans une thèse allemande sur le somnambulisme spontané, écrite en 1820, on lit les propositions suivantes : « *Rarissime vigilantes ægri ex paroxysmo habent recordationem... Semper fere in antecedente paroxysmo dictorum et factorum in novo recordantur, atque ita sæpe inter se conjunguntur paroxysmi ut in novo ibi colloqui pergant, ubi in antecedente desierint. Porro semper fere aliquam in paroxysmo retinent e vigilia rerum memoriam ut non plane disjuncti duo status inter se decurrant.* » (Ernestus Fœrster, *Insignium somnambuli spontanei exemplorum enarratio*, etc. Kiliæ, 1820, p. 33-34.)

[3] Charles Richet, *L'homme et l'intelligence*. Paris, 1884.

[4] Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. Paris, 1886.

[5] Delbeuf, *Revue philosophique*, 1886.

[6] Dichas, *Étude de la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique*. Th. doct., Bordeaux, 1886.

[7] H. Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*. 1 vol. in-16, Paris, 1886.

I

Au moment précis où s'opère le passage de l'état de veille normal à l'état de sommeil artificiel, on observe en général une interruption dans la continuité des actes de mémoire. En voici la preuve : Je prends une de nos malades hypnotisables et je la prie de compter à haute voix de un à vingt, en ne s'arrêtant sous aucun prétexte. Elle commence, et quand elle est arrivée au chiffre dix, je presse sur une de ses zones hypnogènes. Elle s'endort aussitôt, mais en s'endormant elle cesse de compter, bien qu'elle ne soit pas encore arrivée à vingt. Si je lui demande alors pourquoi elle s'est arrêtée avant d'avoir rempli intégralement sa promesse, elle paraît réfléchir un instant et elle recommence à compter non pas de onze à vingt, mais de un à vingt, comme si elle avait oublié qu'elle avait déjà joué une partie de son rôle.

Chez d'autres sujets, le souvenir des conventions acceptées immédiatement avant la production du sommeil est définitivement effacé, et quand on leur demande pourquoi ils se sont arrêtés, ils ne comprennent pas ce qu'on veut leur dire : ils ont oublié ce qu'on les a priés de faire quelques instants auparavant.

Dans certains cas, enfin, on constate une amnésie rétrograde portant sur une période relativement longue. C'est ainsi que se passent les choses chez une de nos hystériques, Camélia C... Lorsque après l'avoir hypnotisée on lui demande de raconter ce qu'elle a fait dans la journée, on s'aperçoit que ses souvenirs s'arrêtent trois ou quatre heures avant le début du sommeil provoqué. Tout ce qui s'est passé durant ce laps de temps est totalement oublié, et la malade ne peut s'en souvenir, quelque effort qu'elle fasse pour cela, tant qu'elle est endormie.

Il ressort, si je ne me trompe, de ces observations que le passage de la veille au sommeil est accompagné d'une perturbation des facultés intellectuelles, d'une sorte de choc cérébral qui se traduit, entre autres phénomènes, par une *amnésie rétrograde,* courte ou longue selon les cas, mais presque toujours appréciable et ressemblant par ses caractères cliniques à celle qui survient à la suite de certains traumatismes du crâne [1].

[1] M. Bernheim a observé récemment des faits identiques à ceux dont il vient d'être question. Il les a décrits dans un court mémoire ayant pour titre : *De l'amnésie rétroactive dans le sommeil provoqué* (*Revue de l'hypnotisme,* t. IV, 1890, p. 12).

Mais ce phénomène a peu d'importance en comparaison de ceux qu'il nous reste à étudier et qui peuvent être résumés dans les propositions suivantes :

1° Les personnes hypnotisées se rappellent pendant le sommeil tout ce qu'elles ont appris lorsqu'elles étaient à l'état de veille normal;

2° Les mêmes personnes réveillées n'ont aucun souvenir de ce qu'elles ont dit, fait ou appris pendant qu'elles étaient en état de sommeil hypnotique;

3° Endormies de nouveau, elles se rappellent également bien ce qu'elles ont appris dans l'état de veille et dans les états hypnotiques antérieurs.

Chacune de ces propositions mérite quelques développements.

II

1° *Les personnes hypnotisées se rappellent dans l'état de sommeil tout ce qu'elles ont appris antérieurement lorsqu'elles étaient à l'état de veille.*

Pourvu que le sujet hypnotisé soit placé dans un des stades de l'hypnose dans lesquels la communication avec le monde extérieur est conservée, il répond aux questions qu'on lui pose, et il est très facile de s'assurer qu'il se souvient de tout ce qu'il connaissait antérieurement. On peut lui faire raconter l'histoire de sa vie, les événements dont il a été témoin. Sa mémoire est aussi lucide, aussi complète, aussi étendue qu'à l'état de veille normal.

D'après quelques auteurs, la fixation et le rappel des souvenirs seraient même plus faciles dans l'état hypnotique que dans l'état de veille. On cite çà et là, pour étayer cette opinion, des exemples de gens qui parlaient pendant le sommeil hypnotique des langues dont ils avaient fait usage dans leur enfance et dont ils ne savaient plus se servir dans la vie ordinaire. Mais ces exemples sont, en général, rapportés avec trop peu de détails pour entraîner la conviction. Il ne faut pas oublier qu'en pareille matière les légendes s'établissent avec une grande facilité. Quand le Dr Constans fut envoyé à Morzine pour étudier l'épidémie d'hystéro-démonopathie qui sévissait dans ce village, on lui affirma qu'une des malades parlait arabe dans ses crises, sans l'avoir jamais appris antérieurement. Il voulut vérifier le fait, mais la malade refusa de parler

devant lui. Il ouvrit une enquête, et il se trouva que dans le pays personne ne connaissait l'arabe. On avait entendu des sons inintelligibles : « C'est de l'arabe, » avait dit quelqu'un, et depuis lors parents, amis, voisins, tout le monde affirmait que la jeune fille parlait arabe [1].

Des faits plus précis ont été signalés. M. Ch. Richet a vu une personne qui chantait tous les airs du deuxième acte de l'*Africaine* pendant son sommeil et ne pouvait en retrouver une seule note lorsqu'elle était éveillée [2]. M. Bottey a pu faire répéter textuellement à des somnambules des phrases entières qui avaient été prononcées devant eux quelques jours auparavant et dont ils n'avaient aucun souvenir à l'état de veille [3]. M. Beaunis a observé une jeune femme qui, endormie, racontait avec une parfaite précision de détails ce qu'elle avait mangé à ses repas la veille ou l'avant-veille, tandis qu'elle ne s'en souvenait que très imparfaitement à l'état normal [4].

Les expériences directes ne semblent cependant pas confirmer l'hypothèse d'après laquelle la mémoire serait exagérée par le fait seul de l'hypnose. Nous avons souvent, M. Dichas et moi, fait apprendre par cœur à des malades à l'état de veille et à l'état hypnotique des fragments de poésies, et il nous a semblé qu'il n'y avait pas de différences appréciables dans l'intensité de la fixation des souvenirs chez les mêmes sujets éveillés ou endormis : ils apprenaient aussi bien ou aussi mal leur leçon dans l'un ou l'autre état. De même, nous nous sommes fait raconter avant et pendant le sommeil hypnotique des épisodes saillants de la vie des malades que nous observions, et nous n'avons pas constaté que les détails du récit fussent plus précis ou plus circonstanciés dans l'état de sommeil que dans l'état de veille [5]. Je reste convaincu, après

[1] A. Constans, *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie en 1861.* Paris, 1863, p. 88.

[2] Ch. Richet, *L'homme et l'intelligence,* p. 194.

[3] Bottey, *Le magnétisme animal.* Paris, 1884, p. 57.

[4] Beaunis, *Le somnambulisme provoqué,* p. 120.

[5] M. Cesare Lombroso rapporte les expériences suivantes qui lui semblent démontrer que la mémoire peut être augmentée d'une façon extraordinaire par le fait de l'hypnotisme. Ayant dit devant un sujet hypnotisé douze nombres, ce sujet répéta une demi-heure après les six premiers nombres en commettant une seule erreur. Il ne connaissait pas l'allemand : après lui avoir ordonné de fixer une ligne d'un livre allemand et de la reproduire une demi-heure après sur l'ardoise, il écrivit ou plutôt il retraça l'image des lettres avec leurs formes spéciales en faisant trois erreurs seulement sur soixante lettres. Le livre qui avait servi à cette expérience étant fermé, le sujet put, sur l'ordre qui lui en fut donné, retrouver la page et la ligne sur laquelle on avait fixé son attention auparavant. (*Studi sull' ipnotismo.* Torino, 1886, p. 5.)

avoir fait et refait ces expériences un grand nombre de fois, que l'hypermnésie n'est pas un symptôme ordinaire du sommeil artificiel, et que, dans la majorité des cas où on a cru l'observer chez les hypnotisés, c'est que le fonctionnement de la mémoire avait été modifié par l'intervention de suggestions conscientes ou inconscientes ou par l'exaltation de la puissance imaginative.

2° *Les personnes qui ont été hypnotisées, ne conservent après le réveil aucun souvenir de ce qu'elles ont fait ou appris pendant qu'elles étaient en état de sommeil hypnotique.*

Cette loi, établie par les expériences des anciens magnétiseurs, a été vérifiée par Braid et par tous les observateurs modernes. Elle est on ne peut plus facile à contrôler : J'endors une de nos malades par la fixation du regard, et quand elle est endormie, je la prie de me confier sa bague, à laquelle elle tient beaucoup. Quand elle l'a remise entre mes mains, je la réveille en lui soufflant brusquement sur les yeux. Puis, quelques instants après, je lui demande ce qu'elle a fait de sa bague. Elle paraît toute surprise de ne plus l'avoir au doigt; mais elle interroge en vain ses souvenirs : il lui est impossible de se rappeler ce qu'elle est devenue.

Deux exceptions à cette loi peuvent se produire :

a) Dans certains cas, les sujets interrogés sur ce qui s'est passé pendant qu'ils étaient endormis sont tout d'abord incapables de répondre; mais si on les met sur la voie, ils arrivent à se rappeler les événements sur lesquels on appelle leur attention, comme on se souvient parfois d'un rêve qui s'était effacé de la mémoire et qui revient à l'esprit par suite d'une association d'idées ou d'impressions qui en rappelle brusquement le souvenir.

Exemples : M. Heidenhain récite devant son frère hypnotisé un vers d'Homère. Après l'avoir réveillé, il lui parle d'Homère, et le jeune homme répète intégralement le vers qu'il vient d'entendre [1]. M. Ch. Richet endort un de ses camarades et l'épouvante en lui suggérant l'idée d'un serpent imaginaire. Une fois réveillé, le sujet ne se rappelle plus rien de ce qui s'est passé. Mais M. Richet insiste; il lui dit qu'il s'est levé, qu'il a eu peur. « Ah ! oui, s'écrie alors le sujet, je me souviens : tu m'as fait voir un serpent [2]. »

Ces observations sont très certainement exactes. Toutefois il est exceptionnel qu'elles réussissent. J'ai souvent essayé de les répéter et je n'ai jamais obtenu les résultats de MM. Heidenhain et Ch. Richet.

[1] Heidenhain, *Uber die sogenannte thierische Magnetismus*. Leipzig, 1880.
[2] Ch. Richet, *L'homme et l'intelligence*, p. 192.

b) Lorsqu'on a créé dans l'esprit des personnes hypnotisées une hallucination sensorielle et qu'on réveille ces personnes pendant qu'elles sont encore sous l'impression de l'hallucination, le souvenir de l'image évoquée pendant le sommeil persiste un moment après le réveil, de telle sorte que le sujet revenu à l'état normal croit encore, au moins pendant quelques instants, à la réalité de l'hallucination provoquée. M. Paul Richer a décrit, le premier, ce curieux phénomène dans les termes suivants :

« L'idée fixe éveillée par l'expérimentateur et qui prend corps dans une hallucination peut, dans certains cas, survivre au sommeil. L'impression cérébrale localisée persiste malgré le retour à la connaissance, et bien qu'ayant repris possession de ses sens et de sa conscience, au point de paraître jouir de toute sa raison comme avant l'expérience, la malade n'en persiste pas moins à divaguer sur un seul point en rapport avec l'hallucination provoquée. C'est ainsi qu'elle continue à voir, par exemple, un oiseau dont on a évoqué l'image pendant l'état hypnotique. Sur tout autre objet, son intelligence, de même que ses sens, ne saurait être mise en défaut; mais malgré l'affirmation de ceux qui l'entourent, il y a là un oiseau qu'elle voit et qu'elle touche avec une conviction si profonde qu'à ses yeux tous ceux qui lui affirment le contraire ne le font que pour se moquer. Cette impression cérébrale peut persister quelque temps, mais elle finit par s'effacer et disparaître en entraînant avec elle la conviction qu'elle entretenait. Il est curieux de voir la malade, interdite, chercher comment l'oiseau a disparu et se demander si elle n'a pas été le jouet d'un rêve, sans cependant arriver à s'en rendre un compte exact [1]. »

M. Pierre Janet [2] a constaté également que, si on réveille brusquement certains sujets au milieu d'un acte ou d'un mouvement suggéré, le sujet en conserve le souvenir comme après un rêve [3].

[1] Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, 2e édition. Paris, 1885, p. 770.

[2] Pierre Janet, *Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué* (*Revue philosophique*, 1886, t. XXII, p. 577).

[3] Lorsqu'on a ordonné à une personne hypnotisée d'accomplir un acte déterminé *après son réveil*, il arrive presque toujours que l'acte commandé est exécuté ponctuellement à l'heure dite. Mais le souvenir de son exécution ne laisse en général aucune trace dans la mémoire. Le sujet agit dans un moment où il paraît jouir de l'intégralité de ses facultés intellectuelles; il semblerait par conséquent qu'il dût se souvenir de ses actes comme l'on se souvient de ce qu'on fait sciemment lorsqu'on est à l'état normal. Eh bien! l'observation apprend que les choses ne se passent pas ainsi. L'acte commandé est accompli, et aussitôt après il est oublié. J'ai fait à ce sujet quelques expériences dont on trouvera le résumé dans l'ouvrage de M. Gilles de La Tourette (*L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. Paris, 1887, p. 156 et suivantes). M. Beaunis a obtenu des résultats identiques (*Le somnambulisme provoqué*, p. 121). L'oubli immédiat de l'exécution des actes commandés pendant le sommeil et accomplis après le réveil dans l'état de veille somnambulique, paraît donc être un fait constant dont, le cas échéant, il serait utile de tenir compte dans l'appréciation de certaines affaires médico-légales.

3° *Les personnes en état de somnambulisme spontané ou provoqué se souviennent de tout ce qu'elles ont appris soit dans l'état de veille normal, soit dans les états hypnotiques antérieurs.*

Nous venons de voir que le souvenir de ce qui s'est passé pendant la durée du sommeil hypnotique s'efface après le réveil, de telle sorte que les sujets revenus à l'état de veille normal ne se rappellent plus rien de ce qu'ils ont fait ou appris pendant qu'ils étaient endormis. La reviviscence de ces souvenirs effacés à l'état de veille se produit cependant avec la plus grande facilité quand le sujet est de nouveau placé dans l'état de sommeil hypnotique. D'où il résulte que la mémoire a une étendue plus grande dans le sommeil artificiel que dans la vie ordinaire. Cela paraît paradoxal, et pourtant cela est. Des faits innombrables le démontrent de la façon la plus positive. Je vous citerai seulement les suivants qui sortent un peu de la banalité des expériences courantes.

Le 23 janvier 1884, une de nos malades, Catherine Lab..., s'assit sur le balcon de pierre qui borde la galerie du premier étage tout autour de la grande cour centrale de l'hôpital. A ce moment le soleil éclairait fortement le bassin qui se trouve au milieu de cette cour. Fascinée par le reflet éclatant de la lumière sur la nappe d'eau, Catherine passa, sans s'en douter, de l'état de veille à l'état cataleptoïde les yeux ouverts. Elle subit l'attraction qui caractérise le phénomène de la prise du regard, se pencha sur la rampe, perdit l'équilibre et tomba lourdement d'une hauteur de six mètres sur le pavé de la cour. Quand on la releva, elle était encore endormie. On la transporta dans son lit sans la réveiller. On constata qu'elle avait quelques contusions sans gravité sur différents points du corps et une fracture de l'extrémité inférieure du péroné droit; on la déshabilla, on plaça sa jambe dans un appareil de fracture, et quand tout fut terminé, on la réveilla. Elle n'avait aucun souvenir de l'accident qui lui était arrivé et ne s'expliquait pas comment elle se trouvait au lit, les membres meurtris et la jambe immobilisée dans un appareil. On lui cacha longtemps ce qui s'était passé, et il était fort curieux d'entendre cette femme se plaindre, à l'état de veille, de l'immobilité à laquelle on la condamnait et raconter, lorsqu'on l'endormait, les moindres détails de l'accident qui avait provoqué la fracture. Elle ne connut la vérité qu'au bout de plusieurs semaines, par l'indiscrétion d'une de ses compagnes.

M. le Dr Dufay, sénateur du Loir-et-Cher, a publié l'observation d'une jeune fille qui, dans un accès de somnambulisme, avait serré dans un tiroir des bijoux appartenant à sa maîtresse. Celle-ci, ne retrouvant plus ses bijoux à la place où elle les avait laissés, accusa sa domestique de les lui avoir volés. La pauvre fille protestait de son innocence, mais elle ne pouvait donner aucun renseignement sur les causes de la disparition des objets perdus. Elle fut mise en prison à Blois. M. le Dr Dufay était alors médecin de cette prison. Il connaissait la prévenue pour avoir fait jadis sur elle quelques expériences d'hypnotisme. Il l'endormit et l'interrogea sur le délit dont elle était accusée. Elle lui raconta alors, avec tous les détails désirables, qu'elle n'avait jamais eu l'intention de voler sa maîtresse, mais qu'une nuit il lui était venu à l'idée que certains bijoux appartenant à cette dame n'étaient pas en sûreté dans le meuble où ils étaient placés et que, dès lors, elle les avait serrés dans un autre meuble. Le juge d'instruction fut informé de cette révélation. Il se rendit chez la dame volée et trouva les bijoux dans le tiroir indiqué par la somnambule. L'innocence de la prévenue fut ainsi clairement démontrée, et la malade fut aussitôt rendue à la liberté [1].

M. Dyce raconte qu'une jeune fille, sujette à des accès de somnambulisme spontané, fut livrée par une domestique à la brutalité d'un jeune homme qui abusa d'elle pendant un accès. A son réveil, elle n'avait aucune connaissance de l'outrage subi ; mais quelques jours plus tard, étant retombée en somnambulisme, elle raconta à sa mère tout ce qui s'était passé [2].

M. Dumontpallier a vu une hystérique qui fut engrossée par un étudiant en médecine dans l'état somnambulique. Éveillée, elle ignorait de la meilleure foi du monde l'origine de sa grossesse. Endormie, au contraire, elle racontait toutes les circonstances dans lesquelles le crime avait été commis [3].

De même les personnes accouchées ou opérées pendant le sommeil hypnotique ne conservent, après le réveil, aucun souvenir des souffrances qu'elles ont éprouvées.

[1] Dufay, *Le dédoublement de la personnalité* (*Revue scientifique,* 1er décembre, 1885, p. 703).

[2] Dyce, *Edinburgh philosophical Transaction,* cité par Azam, *Hypnotisme, double conscience et altération de la personnalité.* Paris, 1887, p. 255.

[3] Ce fait est rapporté dans le *Temps* du 30 mars 1888 et reproduit dans le mémoire de M. Ladame : *L'hypnotisme et la médecine légale* (Extrait des *Archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales*, Lyon, 1888).

Il est inutile de multiplier les exemples. La loi d'après laquelle le souvenir de ce qui s'est passé pendant le sommeil hypnotique spontané ou provoqué est perdu dans l'état de veille et reprend toute sa vivacité dans les états hypnotiques ultérieurs, est au-dessus de toute contestation. Elle ne se trouve en défaut que lorsque les influences perturbatrices des suggestions entrent en jeu, ainsi que nous allons le voir maintenant.

III

Le premier observateur qui ait nettement indiqué la possibilité d'agir, par voie de suggestion, sur la mémoire des sujets hypnotisés est, si je ne me trompe, le général Noizet. Doué d'un excellent esprit critique, il avait assisté aux représentations de l'abbé Faria, et il avait reconnu que, sous une forme bizarre, les discours et les expériences du thaumaturge portugais renfermaient une part de vérité. Il avait alors expérimenté lui-même et avait acquis la conviction que les phénomènes du magnétisme animal dépendaient plutôt de l'imagination des sujets que de l'influence d'un fluide hypothétique dont l'existence ne lui paraissait pas démontrée. Il résuma ses opinions dans un mémoire qu'il adressa en 1820 à l'Académie de Berlin, à propos d'un concours sur le magnétisme animal, et qui ne fut malheureusement publié qu'en 1854 [1]. On y trouve des idées d'une remarquable justesse, des expériences précises et une sincérité d'observation qui placent cet ouvrage bien au-dessus de la plupart de ceux que nous devons aux *dilettanti* des théories fluidiques ou aux magnétiseurs de profession.

A propos du fonctionnement de la mémoire, le général Noizet s'exprime dans les termes suivants :

« Quoiqu'il arrive ordinairement que les somnambules oublient à leur réveil ce qu'ils ont éprouvé pendant le somnambulisme, ils peuvent cependant, par un acte de leur volonté, faire en sorte d'en garder le souvenir. Il suffit de dire à un somnambule de fixer dans son cerveau une idée ou une image quelconque, pour qu'il se la rappelle en effet. Lorsque, à son réveil, on lui demande s'il ne se souvient de rien, il répond ordinairement qu'il a rêvé et raconte ce qu'on lui a fait graver dans sa mémoire [2]. »

[1] Général Noizet, *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal,* adressé en 1820 à l'Académie royale de Berlin. In-8°, Paris, 1854.

[2] Général Noizet, *op. cit.*, p. 109.

S'il n'y a pas là une étude complète du rôle des suggestions dans le fonctionnement de la mémoire chez les hypnotisés, il y a tout au moins un premier jalon solidement planté dans la bonne voie. MM. Ch. Richet, Delbeuf, Bernheim, Féré, Beaunis, etc., ont découvert des faits nouveaux; mais ils n'ont pu que confirmer l'observation initiale due au général Noizet.

La suggestion domine les phénomènes de mémoire. Elle peut annihiler toutes les lois que nous avons précédemment formulées. Dans les conditions ordinaires, le sujet hypnotisé ne se rappelle pas, après le réveil, ce qui s'est passé pendant qu'il était endormi, mais il s'en souvient fort bien quand on l'endort de nouveau. Rien de plus facile que de mettre les faits en opposition avec cette règle. Affirmez à une personne en état de sommeil hypnotique qu'après son réveil elle se rappellera tout ce qu'elle a fait pendant son sommeil, et elle se le rappellera. Affirmez-lui, au contraire, qu'elle ne se souviendra jamais de tel ou tel événement survenu pendant le sommeil, et on aura beau l'endormir de nouveau et l'interroger avec persistance, elle ne se souviendra jamais de l'événement que vous lui aurez signalé.

Un malfaiteur qui voudrait faire commettre par suggestion un acte délictueux ou criminel à un sujet hypnotisable pourrait donc se mettre à l'abri des révélations compromettantes de son sujet en lui suggérant d'oublier pour toujours le nom de la personne qui lui a inspiré l'idée de commettre cet acte. Je ne sache pas que le fait se soit jamais présenté dans la pratique médico-légale, mais je sais très bien qu'il a été utilisé pour commettre des actions indélicates ou des gamineries. En 1884, une des malades qui servaient le plus utilement à nos recherches, nous déclara un jour qu'elle voulait quitter immédiatement l'hôpital. Cette détermination, que rien ne faisait prévoir, nous surprit d'autant plus que la malade n'en donnait aucune raison. Elle n'avait eu aucune difficulté avec ses compagnes ni avec les infirmières; bref, elle voulait absolument partir, sans savoir pourquoi. Je fus obligé de signer son exeat *illico*. A quelque temps de là elle vint me consulter dans mon cabinet. Après avoir causé un moment avec elle, je l'hypnotisai et lui demandai les motifs de son départ précipité. J'appris alors qu'un monsieur l'ayant rencontrée dans les couloirs de l'hôpital l'avait endormie et lui avait ordonné de retourner chez elle tout de suite et de ne plus revenir dans mon service. Il avait eu soin d'ajouter qu'elle ne se rappellerait pas le nom de celui qui

lui avait donné cet ordre. La malade ne put pas, en effet, se rappeler son nom, mais elle me fit une description détaillée des qualités physiques et morales du personnage, ce qui me permit de reconnaître son identité tout aussi aisément que si elle m'eût montré sa photographie.

L'observation suivante est encore plus démonstrative :

Dans les derniers jours de décembre 1884, un matin, à l'heure de la visite, une personne étrangère au service endormit une de nos hystériques nommée Pauline T... et lui ordonna d'aller à quatre heures de l'après-midi embrasser l'aumônier de l'hôpital et de ne dire à personne qui lui avait donné cet ordre.

Pendant le reste de la matinée et pendant la première partie de l'après-midi, la malade ne présenta rien de particulier. A quatre heures elle se leva précipitamment, descendit de son lit et traversa la salle pour sortir. La Sœur du service lui demanda où elle allait. « Je vais chez l'abbé X..., dit-elle; je veux l'embrasser. » On crut qu'elle devenait folle et on l'empêcha de sortir. Ce fut alors une scène inexprimable. Pauline faisait des efforts désespérés pour se dégager; on fut obligé de l'attacher. Pendant plusieurs heures consécutives, elle eut des attaques convulsives d'une violence inaccoutumée; elle poussait des cris perçants et troublait le repos des autres malades. On alla prévenir l'interne du service. Celui-ci, après avoir fait diverses tentatives inutiles pour calmer l'agitation de Pauline, eut l'idée de l'endormir pour lui suggérer d'être tranquille. Il fut alors mis au courant de la situation parce que la malade, endormie, lui raconta ce qui s'était passé le matin, sans dire toutefois le nom de la personne qui lui avait donné la suggestion. Il voulut alors détruire la suggestion initiale par une suggestion contradictoire. Il essaya de suggérer à Pauline l'oubli de la scène de la matinée; il tenta de lui faire croire qu'il était lui-même l'abbé X... et qu'elle pouvait l'embrasser si elle y tenait. Mais aucune de ces suggestions contradictoires ne fut acceptée, et comme les cris et les convulsions ne cessaient pas, il dut mettre la malade en état léthargique et l'y laisser pendant toute la nuit. Le lendemain matin, aussitôt qu'on eut tiré la malade de la léthargie, l'agitation, les crises convulsives et le désir violent d'aller embrasser l'abbé X... reparurent. Pour mettre un terme à cet état de choses, il fallut aller chercher le coupable (qu'on put fort heureusement arriver à découvrir à la suite d'une enquête, car Pauline refusa obstinément de dire son nom, bien qu'elle le connût parfaitement), le conduire dans la salle et le prier d'endormir la malade pour effacer lui-même la suggestion qu'il avait eu la légèreté de donner le jour précédent. Dès que cela fut fait, Pauline ne pensa plus à embrasser l'abbé X... et elle redevint tout à fait calme.

Quelques jours plus tard, le 12 janvier 1885, une scène très analogue se produisit. La malade voulait encore aller embrasser l'aumônier de l'hôpital. Endormie, elle déclarait que le matin, en revenant de la douche, elle avait

rencontré au coin d'un escalier trois personnes qui l'avaient endormie et lui avaient ordonné d'accomplir l'acte en question, en ajoutant qu'elle souffrirait cruellement tant qu'elle ne l'aurait pas accompli et qu'elle ne dirait jamais qui le lui avait ordonné. L'agitation de Pauline était telle que, le 13 janvier, n'ayant pu découvrir les auteurs de la suggestion, je me décidai à aller trouver l'aumônier, à le mettre au courant de la situation et à le prier de se laisser embrasser par la malade. Il y consentit. A partir de ce moment tout rentra dans l'ordre.

Cet exemple montre l'influence prépondérante des suggestions sur le fonctionnement de la mémoire. L'amnésie suggérée peut d'ailleurs porter sur les faits les plus insignifiants aussi bien que sur les notions les plus complexes. Toutes les formes connues de l'oubli peuvent être réalisées expérimentalement. L'aphasie, l'agraphie, la cécité verbale, la surdité verbale sont artificiellement reproduites par suggestion. Il est possible de faire oublier à une personne certains mots, certaines lettres, certains nombres, à l'exclusion des autres; d'enlever de sa mémoire tous les événements survenus pendant une période plus ou moins prolongée de son existence, et d'aller jusqu'à modifier par ce fait la notion de sa personnalité [1].

On peut enfin fausser le témoignage de la mémoire en faisant croire aux sujets en expérience qu'ils ont assisté à des événements imaginaires, et il ne serait pas impossible de les amener par ce procédé à accuser des innocents ou à s'accuser eux-mêmes de forfaits irréalisés [2].

Pourrait-on également provoquer par suggestion une exagération notable de l'activité de la mémoire? Cela est douteux. M. Beaunis, qui a essayé de résoudre la question par la voie expérimentale, n'a pas constaté que la puissance de la fixation des souvenirs pût être artificiellement augmentée chez les sujets hypnotisés et suggestionnés :

« Mais, ajoute-t-il, s'il est difficile d'accroître la mémoire d'une façon générale, c'est-à-dire de faire qu'un sujet dont la mémoire est habituellement lente et paresseuse retienne facilement une série de chiffres, une

[1] « On peut même, dit M. Ch. Richet, faire perdre toute la mémoire. A la vérité, cette expérience ne doit être tentée qu'avec une grande prudence, et en tout cas il ne faut pas la prolonger plus de quelques minutes à peine. J'ai vu, en effet, survenir dans ce cas une telle terreur et un tel désordre dans l'intelligence, désordre qui a persisté pendant un quart d'heure, que je ne voudrais pas recommencer souvent cette tentative dangereuse. » (*Op. cit.*, p. 195.)

[2] Voyez à ce sujet : Bernheim, *Des hallucinations rétroactives provoquées dans l'hypnotisme et des faux témoignages* (*Revue de l'hypnotisme*, 1er juillet 1887).

page de prose, une tirade poétique, on peut, avec la plus grande facilité, la surexciter *localement,* si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire en portant par suggestion l'attention du sujet sur un point déterminé; on pourra, par exemple, donner à un sujet une *idée fixe,* celle d'une lettre, d'un mot, d'un air de musique, de façon qu'il ne puisse parler, écrire, chanter que d'après l'idée fixe qui lui aura été suggérée. Il y a là, dans l'ordre intellectuel, quelque chose de comparable à la contracture qu'on peut déterminer dans un muscle par suggestion, ou mieux encore à ces mouvements automatiques que le sujet ne peut arrêter dès qu'on les lui a suggérés [1]. »

On trouverait peut-être des preuves plus démonstratives de l'existence de l'hypermnésie suggérée dans la série des recherches entreprises par MM. Binet et Féré sur les *hallucinations objectives* [2].

L'expérience qui a servi de point de départ à ces recherches est très connue : On montre à une personne hypnotisée un fragment de carton blanc en lui affirmant qu'un portrait est dessiné dessus. Le sujet croit réellement voir le portrait. On le réveille et on lui met entre les mains le carton magique au milieu d'un paquet d'autres de même forme et de mêmes dimensions, en le priant de les examiner tous. Sur les cartons indifférents il ne voit rien de particulier, mais quand il arrive au carton désigné par la suggestion antérieure, il y voit le portrait. Pourquoi sur celui-là et pas sur les autres? Très probablement parce que l'image suggérée s'est associée dans l'esprit du sujet à un point de repère extérieur, à un défaut insignifiant du carton, dont la vue rappelle aussitôt le souvenir du portrait imaginaire.

Plusieurs raisons rendent cette interprétation très vraisemblable. La première, c'est que l'expérience réussit d'autant mieux qu'elle est faite avec des cartons moins régulièrement glacés. La seconde, c'est que l'image est toujours vue sur la même face du carton et dans la même position : si vous renversez le feuillet sens dessus dessous, le portrait est vu la tête en bas; si vous le retournez, le portrait n'est plus vu. Enfin, toutes les conditions optiques qui modifient la vision des objets réels modifient dans le même sens celle de l'image suggérée; c'est ainsi que la loupe grossit les contours du portrait et que le prisme fait apparaître deux personnages là où il n'y en avait qu'un auparavant.

[1] Beaunis, *Le somnambulisme provoqué,* p. 132.

[2] Binet, *L'hallucination* (*Revue philosophique,* avril et mai 1884); Féré, *Les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expériences* (*Archives de neurologie,* 1883); Binet et Féré, *Le magnétisme animal* (Paris, 1887, p. 166 et suiv.).

Tout cela s'explique aisément si l'on admet que la reviviscence de l'image illusionnelle est provoquée par la vision du repère auquel elle est associée. Mais pour qu'il en soit ainsi, il faut que le souvenir de ce repère se soit gravé avec une remarquable puissance dans l'esprit du sujet, ce qui implique une hyperacuité de la mémoire active ou de la fixation des souvenirs. Il faut, en outre, que l'association de l'impression sensorielle réelle et de l'illusion suggérée soit assez solidement établie pour que la perception de l'une évoque immédiatement la reviviscence de l'autre, ce qui implique une hyperacuité de la mémoire passive ou du rappel des souvenirs.

Ce qu'il y a peut-être de plus curieux dans ces phénomènes, c'est qu'ils se produisent tout à fait inconsciemment. Le sujet ne sait pas pourquoi il reconnaît un carton déterminé au milieu d'un tas d'autres semblables, si ce n'est parce qu'il y voit dessiné le portrait suggéré. Le souvenir des signes différentiels s'est gravé, au début de l'expérience, dans les profondeurs de la *mémoire inconsciente,* et l'évocation de l'illusion, par le seul fait de la reconnaissance de ces signes, se produit automatiquement sans que la volonté intervienne, sans que le sujet ait connaissance du mécanisme qui préside à l'association intime des deux images.

Le rôle de la mémoire inconsciente est tout aussi important dans la réalisation des *suggestions à échéances.* Vous dites à une personne hypnotisée : « Dans deux heures, dans trois jours, dans un mois, vous ferez telle chose. » Après le réveil, le sujet n'a aucun souvenir de l'ordre que vous lui avez donné, et cependant, au moment convenu, sans savoir pourquoi, il exécute l'acte suggéré. L'idée, restée jusqu'à ce moment latente, surgit tout à coup automatiquement et se réalise en acte. Mais pourquoi s'éveille-t-elle seulement à l'instant précis où l'acte doit être accompli? Les somnambules auraient-ils donc, ainsi que le suppose M. Paul Janet, une faculté mystérieuse dont ne jouiraient pas les autres hommes et en vertu de laquelle ils peuvent mesurer inconsciemment le temps[1]. Cela est peu probable. MM. Binet et Féré pensent que la reviviscence de l'idée suggérée est produite par la reconnaissance d'une sorte de repère réel qui se fixe dans la mémoire inconsciente du sujet au moment où il reçoit la suggestion. On cite souvent une expérience de M. Bernheim dans laquelle une suggestion a été exécutée soixante-trois jours après avoir été

[1] Paul Janet, *Revue scientifique,* 1884.

donnée. Mais, dans cette expérience, M. Bernheim n'a pas dit à son sujet : « Au bout de soixante-trois jours vous accomplirez tel ou tel acte. » Il lui a dit : « Le premier mercredi d'octobre vous vous rendrez chez le Dr Liébeault, etc.[1]. » Ce qui est bien différent[2].

Mais ce sont là des détails sur lesquels il est inutile d'insister davantage. Ce que vous devez retenir de la leçon d'aujourd'hui, c'est la formule des grandes lois qui président au fonctionnement de la mémoire dans ses rapports avec l'hypnotisme. Cette formule peut être résumée en peu de mots : Les sujets hypnotisés se rappellent ce qu'ils ont appris dans l'état de veille et dans les états hypnotiques précédents, à moins qu'on n'ait provoqué par suggestion une amnésie totale ou partielle, limitant la portée de leur mémoire. Après leur réveil ils ne se rappellent pas ce qu'ils ont appris durant les états hypnotiques antérieurs, à moins qu'on ait provoqué par suggestion la fixation d'une partie ou de la totalité de leurs souvenirs, relatifs à ce qui s'est passé pendant qu'ils étaient endormis.

[1] Bernheim, *De la suggestion*. Paris, 1884, p. 47.
[2] Voyez à ce sujet : Binet et Féré, *Le magnétisme animal*. Paris, 1887, p. 182.

CINQUANTE-DEUXIÈME LEÇON

DES VARIATIONS DE LA PERSONNALITÉ DANS LES ÉTATS HYPNOTIQUES

SOMMAIRE

I. Variations de la personnalité par aliénation. Phénomène de l'objectivation des types. Exemples.

II. Variations de la personnalité par alternance. Phénomène de la double conscience avec amnésie périodique. Exemples.

III. Variations de la personnalité par reversion. Phénomène de l'ecmnésie. Historique. Exemples.

MESSIEURS,

Dans le langage philosophique, on appelle *personnalité* ce qui fait qu'un individu est lui et non pas un autre (Littré).

L'homme sain de corps et d'esprit a la notion très nette de sa propre personnalité. Il sait qui il est et qui il a été; il a des idées, des penchants, des sentiments qui lui sont propres; il se sent lui et non un autre; il ne se méprend pas sur son identité. Cette notion consciente serait, d'après M. Ribot, le résultat de deux facteurs : la constitution du corps avec les tendances et les sentiments qui la traduisent, et la mémoire[1]. En fait, le premier de ces deux facteurs donne surtout la notion de l'existence et de la personnalité physique, le second celle de la personnalité morale. M. Richet a très nettement établi cette distinction. D'après lui, le *moi* et la *personnalité* sont deux choses distinctes. La notion consciente du *moi* dépend des excitations extérieures actuelles, de ce qu'on voit, de ce qu'on sent, de ce qu'on entend, des ordres qu'on peut donner à ses muscles; la notion consciente de la *personnalité* dépend des souvenirs anciens. « *Le moi* est un phénomène de sensibilité et d'innervation motrice, *la personnalité* est un phénomène de mémoire[2]. »

[1] Th. Ribot, *Les maladies de la personnalité*. Paris, 1885, p. 81.

[2] Ch. Richet, *L'homme et l'intelligence*. Paris, 1884, p. 250.

Dans le sommeil hypnotique, la notion de la personnalité est habituellement conservée. Les sujets savent, en général, qui ils sont; ils se sentent eux-mêmes; ils ne se méprennent pas sur leur identité physique et morale; le moi de l'état de sommeil reconnaît pour sien le moi de l'état de veille; la personnalité n'est pas changée.

Quelquefois cependant les choses se passent autrement. Le lien qui doit rattacher en un seul faisceau le souvenir du passé aux impressions du présent est rompu; le moi de l'état de sommeil ne reconnaît plus pour sien le moi de l'état de veille; la notion de l'identité morale est altérée; la personnalité est changée.

Les altérations de la personnalité qui se produisent dans le sommeil hypnotique ou dans les états analogues peuvent être rangées sous trois types spéciaux : 1° l'aliénation, 2° l'alternance, 3° la reversion.

Dans le premier *(aliénation)*, une personnalité nouvelle s'installe à côté ou à la place de l'ancienne; dans le deuxième *(alternance)*, deux personnalités distinctes ou deux manières d'être d'une même personnalité se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés et se partagent la vie du sujet; dans le troisième *(reversion)*, la personnalité qui surgit durant le sommeil n'est que la reproduction de celle qu'avait le sujet à une époque antérieure de son existence.

Quelques exemples vous feront comprendre mieux que des définitions abstraites les caractères de chacun de ces types.

I

VARIATIONS DE LA PERSONNALITÉ PAR ALIÉNATION

Il n'est pas très rare de rencontrer des sujets qui, pendant les accès de somnambulisme spontané ou provoqué, parlent d'eux à la troisième personne. Au premier abord, cela paraît être une bizarrerie sans importance; en réalité, c'est le résultat d'une perturbation profonde dans la conscience de la personnalité. Les personnes qui s'expriment ainsi ont perdu la notion exacte des rapports de leur moi du sommeil avec leur moi de la vie ordinaire. Endormies, elles se croient autres qu'éveillées.

Une jeune femme que j'ai pu étudier à loisir, Marguerite X..., présentait nettement ce phénomène. Quand elle était endormie,

elle ne parlait d'elle qu'à la troisième personne : « Marguerite est souffrante aujourd'hui, disait-elle; elle n'est pas contente; elle a été contrariée; il faut la laisser tranquille. » — « Mais qui êtes-vous donc, lui demandai-je un jour, pour parler ainsi au nom de Marguerite? » — « Je suis son amie. » — « Et comment vous appelez-vous, s'il vous plaît? » — « Je ne sais pas, mais j'aime beaucoup Marguerite, et quand on lui fait de la peine, cela m'attriste. »

Dans cet état, elle reconnaissait toutes les personnes avec lesquelles elle était en relations quotidiennes; mais elle ne leur parlait pas avec la même familiarité qu'à l'état de veille. Elle ne tutoyait plus ses parents. Son mari était le mari de son amie Marguerite et non pas son mari à elle. Elle aimait beaucoup les liqueurs et s'en privait d'ordinaire pour ne pas contrarier sa mère. « Voulez-vous un verre d'anisette, lui dis-je après l'avoir hypnotisée? » — « Oh! oui, répondit-elle, cela me fera grand plaisir. Marguerite n'en boit pas parce qu'on le lui a défendu; mais moi je suis libre. Donnez-m'en vite un verre. »

En somme, elle conservait ses idées, ses penchants, ses sentiments de l'état de veille; sa personnalité seule était aliénée. Un moi nouveau se substituait à l'ancien et présidait, pendant toute la durée du sommeil, aux opérations de l'intelligence et de la conscience.

Dans certains cas, l'aliénation de la personnalité est encore plus complète : le moi de la veille et celui du sommeil sont absolument étrangers l'un à l'autre; ils n'ont ni les mêmes idées, ni les mêmes goûts, ni les mêmes aspirations; ils ne se connaissent pas. M. Ribot en rapporte quelques exemples : « Une jeune servante, pendant trois mois, croyait tous les soirs être un évêque, parlait et gesticulait en conséquence. — Un pauvre apprenti se croyait, aussitôt qu'il tombait en état de sommeil, père de famille, riche, sénateur, et reniait son état d'apprenti quand on l'interpellait à cet égard [1]. » Dans ces cas, l'aliénation de la personnalité était totale : il n'y avait aucun rapport entre le moi du sommeil et celui de veille.

Il est à peine besoin de vous rappeler à ce propos qu'on observe souvent chez les fous des modifications analogues de la personnalité. Les délirants chroniques qui s'imaginent être Jésus-Christ, Napoléon, Rothschild, etc., ne sont pas rares. D'autres, moins nombreux mais tout aussi intéressants, sont à peu près dans le même état d'esprit que la jeune femme dont je vous racontais l'histoire il y a un instant : ils se figurent qu'une autre

[1] Ribot, *Les maladies de la personnalité*. Paris, 1885, p. 81.

personne sent et pense à leur place. M. Azam a vu à l'Asile des aliénées de Bordeaux une femme de trente-quatre ans, atteinte depuis plusieurs années de manie tranquille avec tendance à la tristesse, qui offrait les symptômes de cette singulière altération de la personnalité. Elle avait une tumeur au sein droit, et prenant à part le médecin de l'asile, elle lui dit : « J'ai à vous consulter pour une tumeur qu'*elle* porte dans le sein droit; *elle* en souffre beaucoup et désirerait savoir ce qu'*elle* doit faire. » Il fut impossible de lui démontrer que c'était elle-même qui avait une tumeur. « Je n'ai rien, opposait-elle à tous les arguments, je me porte très bien; mais *elle* a une grosseur dans le sein qui la préoccupe [1]. »

La même particularité s'observe quelquefois dans les délires fébriles. Un malade de M. Galicier, atteint d'accès de fièvre pendant la convalescence d'un anthrax, croyait être transformé en Chinois [2]. Un officier supérieur auquel j'ai donné des soins dans le cours d'une pleuro-pneumonie aiguë, s'imaginait qu'un dragon grossier et malpropre s'était emparé de son corps; il ne pouvait agir et parler sans le consentement de ce personnage parasite, et il était exaspéré d'être obligé de se soumettre aux caprices d'un inférieur.

Les possédées d'autrefois avaient de semblables illusions de la personnalité. Elles disaient que le diable s'était installé dans leur corps, qu'il agissait par leurs membres, qu'il pensait par leur esprit, qu'il dominait leur volonté. C'est lui qui blasphémait par leur bouche, injuriait les prêtres, répondait aux exorcistes; c'est lui qui leur faisait commettre toutes sortes d'actions répréhensibles dont elles n'étaient pas responsables, puisque leur personnalité était aliénée ou tout au moins subjuguée par celle du démon.

L'aliénation de la personnalité peut être provoquée artificiellement chez les sujets hypnotisés et suggestibles. M. Ch. Richet [3] l'a démontré par une série d'expériences qui ont été répétées avec des résultats identiques par MM. Bernheim [4], Liégeois [5], Beaunis [6], Féré et Binet [7], C. Lombroso [8], de Rochas [9], etc.

[1] Azam, *Hypnotisme, double conscience et altération de la personnalité*. Paris, 1887, p. 245.

[2] Galicier, *La conscience du moi* (*Revue philosophique,* 1887, t. IV, p. 72).

[3] Ch. Richet, *Revue philosophique,* 1883.

[4] Bernheim, *De la suggestion et de ses appl. à la thérapeutique,* 2e édit. Paris, 1886.

[5] Liégeois, *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale*. Paris, 1889.

[6] Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*. Paris, 1886.

[7] Féré et Binet, *Le magnétisme animal*. Paris, 1887.

[8] Cesare Lombroso, *Studi sull' ipnotismo*. Torino, 1886.

[9] De Rochas, *Revue philosophique,* 1887.

Vous dites à une personne hypnotisée : « Vous êtes une religieuse..., une petite fille..., un matelot..., un général... » Par le fait seul de votre affirmation, cette personne, si elle est suffisamment suggestible, perd la notion de sa propre personnalité, et, se créant une personnalité nouvelle, parle, pense, agit absolument comme elle se figure, avec les ressources de son imagination et de sa mémoire, que devrait parler, penser et agir une religieuse, une petite fille, un matelot ou un général. Elle ne se contente pas, ainsi que le ferait une personne à l'état normal, de concevoir idéalement le type dont on lui parle; elle le réalise avec une remarquable intensité d'expression[1].

Au fond, ces transformations, en apparence si étranges, s'expliquent par la provocation simultanée de deux phénomènes élémentaires analogues à ceux que nous connaissons déjà pour les avoir étudiés séparément à propos des suggestions : 1° un phénomène d'amnésie partielle qui fait perdre la notion de la personnalité réelle; 2° un phénomène d'hallucination psychique qui s'objective fortement, comme c'est la règle pour toutes les hallucinations hypnotiques, et substitue à la notion perdue de la personnalité ancienne celle d'une personnalité nouvelle.

Ajoutons qu'on observe quelquefois dans ces expériences des résistances semblables à celles que je vous ai signalées à propos des suggestions d'actes. M. Lombroso, par exemple, raconte qu'une de ses malades, hystérique d'une moralité douteuse, obéissait très vivement quand on lui suggérait qu'elle était un filou, un souteneur, un colonel; mais elle se révoltait quand on lui ordonnait de devenir un savant ou un moraliste. Il lui répugnait plus, dit M. Lombroso, de changer de caractère moral que de sexe.

[1] L'écriture elle-même est modifiée dans le sens de l'objectivation suggérée. MM. Ferrari, Héricourt et Ch. Richet ont fait à ce propos de très curieuses expériences (*La personnalité et l'écriture; essai de graphologie expérimentale,* Société de psychologie physiologique, séance du 22 février 1826). Ils ont démontré qu'un même sujet écrit d'une façon différente quand on lui suggère qu'il est jeune ou vieux, paysan ou général, professeur d'écriture ou docteur en médecine, etc. « En même temps qu'on voit les traits de la physionomie et les allures générales du sujet se modifier et se mettre en harmonie avec l'idée du personnage suggéré, on observe que son écriture subit des modifications parallèles non moins accentuées et revêt également une physionomie spéciale, particulière à chacun des nouveaux états de conscience. En un mot, le geste scripteur s'est transformé comme le geste en général. » Ces expériences prouvent bien que « l'écriture est sous la dépendance directe des états permanents ou passagers de la personnalité, au même titre que le geste en général dont elle peut être considérée comme une variété particulière. En d'autres termes, les mouvements qui agitent la main de l'homme qui tient une plume auraient la même origine, la même nature et la même signification que ceux qui déterminent ses allures générales ou animent son visage pour lui constituer sa physionomie particulière. »

Deux étudiants à qui le même expérimentateur voulait suggérer qu'ils étaient des voleurs, plutôt que d'obéir, s'échappèrent en courant comme des fous hors de la chambre où avait lieu l'expérience. Ramenés de force et sommés impérativement de voler un objet de valeur placé à leur portée, ils se cachèrent le visage dans les mains; puis l'un d'eux se réveilla en disant : « Non, je ne veux pas être un voleur. » L'autre se saisit de l'objet, mais aussitôt après il le rejeta loin de lui. Ce dernier finit cependant par jouer le rôle de grand chef de brigands, ce qui flattait sans doute davantage ses instincts de grandeur [1].

Il y a donc une limite à la suggestibilité des variations de la personnalité; mais, ainsi que le fait remarquer M. Lombroso, cette limite est variable d'un sujet à l'autre, et, chez un même sujet, elle varie avec le degré de l'éducation hypnotique.

II

VARIATIONS DE LA PERSONNALITÉ PAR ALTERNANCE

Supposez une personne sujette à des accès de somnambulisme revenant périodiquement, tous les mois, par exemple, et durant chacun quinze jours. Pendant le sommeil somnambulique, cette personne se rappellera toute son existence; mais, durant l'état de veille normal, elle ne se souviendra absolument que des faits survenus en dehors du sommeil. Elle aura donc deux mémoires distinctes, d'une étendue inégale, lui servant alternativement. A la longue, il en résultera qu'elle aura, dans l'état de sommeil, des souvenirs, des idées, des sentiments qu'elle ne connaîtra pas à l'état de veille. Sa manière d'être sera différente dans l'un ou l'autre de ces états; sa personnalité ne sera plus la même.

La supposition que nous venons de faire se trouve réalisée dans un certain nombre de cas pathologiques qu'on a décrits sous les noms d'*amnésie périodique*, de *double conscience* ou de *dédoublement de la vie*. Le plus connu est celui qui a été étudié par mon excellent collègue, M. le professeur Azam, sur une malade de Bordeaux, âgée aujourd'hui de quarante-six ans et nommée Félida X... M. Azam la vit pour la première fois en 1858. Elle avait alors quinze ans. C'était une fille assez robuste, intelligente, laborieuse, peu affectueuse, d'un caractère triste. Elle était déjà sujette

[1] Lombroso, *op. cit.*, p. 12.

à des accidents hystériques variés, mais elle se préoccupait surtout d'une altération périodique de la mémoire qui se reproduisait sous forme de crises presque chaque jour[1].

Ces crises survenaient toujours de la même façon. Elle ressentait aux tempes une douleur constrictive et perdait tout à coup connaissance, comme cela arrive dans le *petit mal*. Puis, une ou deux minutes après, elle ouvrait les yeux et communiquait librement avec le monde extérieur. Elle pouvait aller, venir, travailler; elle n'avait aucune idée délirante, aucune hallucination; mais son état intellectuel était modifié. Au lieu d'être sombre et concentrée comme auparavant, elle était gaie, souriante, causeuse, aimable, turbulente. Elle restait dans cet état pendant trois ou quatre heures, puis tout à coup elle perdait de nouveau connaissance et se réveillait telle qu'elle était avant la crise, mais n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant sa durée. Dans la crise, au contraire, ou, comme l'appelle M. Azam, dans l'état de *condition seconde,* elle se souvenait de toute son existence.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, les crises sont devenues plus longues et plus fréquentes. Elles ont peu à peu empiété sur l'état normal au point de l'envahir presque complètement. Dans ces dernières années, certaines crises ont duré trois mois; mais les symptômes fondamentaux sont restés les mêmes, et en particulier, la perte du souvenir de tous les événements survenus pendant la condition seconde est aussi complète, aussi absolue qu'elle l'était en 1853.

Cette amnésie périodique a causé à la malade des désagréments de toutes sortes. Devenue enceinte avant son mariage, pendant une période de condition seconde, elle ignorait, dans l'autre condition, la véritable cause du développement de son ventre, bien qu'elle la connût fort bien et en parlât librement quand elle retombait en condition seconde.

[1] Les travaux de M. Azam sur cette question ont été réunis en un volume de la Bibliothèque scientifique contemporaine de J.-B. Baillière, intitulé: *Hypnotisme, double conscience et altération de la personnalité*. Paris, 1887.

Les autres observations de double conscience ont été publiées par MM.:
Mac Nish, *Philosophy of sleep*, 1830;
Mesnet, *Mémoire sur l'automatisme de la mémoire*, etc. Paris, 1874;
Dufay, *La notion de la personnalité* (*Revue scientifique*, 15 juillet 1876);
Verriest, *Congrès de phréniatrie et de neuropathologie d'Anvers*, 1885;
Ladame, *Observation de somnambulisme hystérique* (*Revue de l'hypn.*, 30 janvier 1888);
Bourru et Burot, *Les variations de la personnalité*. Paris, 1888;
Bonamaison, *Un cas remarquable d'hypnose spontanée* (*Revue de l'hypnotisme*, IVe année, 1890, p. 234), etc.

Une de ses parentes étant morte pendant une de ses crises, elle assista à ses funérailles et prit le deuil. Revenue à l'état normal, il fallut qu'on lui expliquât pourquoi elle était vêtue de noir.

On lui donna un chien pendant qu'elle se trouvait en condition seconde; elle le soigna, l'éleva, s'attacha à lui. Quand elle repassa à l'état de condition première, et qu'elle aperçut l'animal dans ses appartements, elle le chassa comme un chien errant qui aurait pénétré chez elle par hasard.

En 1878, étant en condition seconde, elle croit avoir la certitude que son mari la trompe avec une maîtresse. Prise d'un affreux désespoir, elle se pend. On arrive heureusement assez tôt pour la rappeler à la vie. A quelque temps de là, elle revient en condition première : elle n'a plus connaissance des soupçons qui l'ont tant alarmée et comble de prévenances et de bonnes paroles la femme que, dans l'autre état, elle accuse d'être la complice de son mari.

En somme, elle a deux manières d'être distinctes se succédant à intervalles irréguliers : l'une, dans laquelle elle est triste, morose, égoïste et ne se rappelle qu'une partie des événements de sa vie; l'autre, dans laquelle elle est gaie, expansive, affectueuse et se souvient de tout ce qui lui est arrivé depuis qu'elle a l'âge de raison. A la vérité, cela ne constitue pas deux personnalités différentes et absolument étrangères l'une à l'autre, puisqu'à aucun moment Félida n'a méconnu son identité; mais cela fait, si l'on peut s'exprimer ainsi, une personnalité à double jeu et à mécanisme alternant. Dans la condition première, la malade est autre que dans la condition seconde, sans être pour cela une autre personne. « Elle paraît avoir deux vies, dit M. Azam; en réalité, elle n'a que deux mémoires. »

Les changements qui se produisent périodiquement dans son esprit tiennent sans doute à ce qu'elle a des accès de somnambulisme spontané. Il est probable que sa condition première correspond à l'état normal et que sa condition seconde est une forme particulière de l'hypnose spontanée. Ce n'est pas assurément l'état hypnotique vulgaire. Ce serait plutôt un état analogue à celui dans lequel les sujets éveillés accomplissent les suggestions qu'on leur a données, état que M. Liégeois, qui en a le premier étudié les symptômes, appelle *condition seconde provoquée*[1] et M. Beaunis

[1] J. Liégeois, *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale*. Paris, 1889, p. 355 et suiv.

veille somnambulique[1]. Il est caractérisé par les apparences extérieures de l'état de veille et par la perte du souvenir des actes accomplis pendant sa durée. Il se rapproche certainement des états hypnotiques francs; mais il ne saurait être légitimement confondu avec eux, et l'une des meilleures preuves qu'on en puisse donner, c'est que les sujets en état de veille somnambulique peuvent passer à l'état de sommeil hypnotique vulgaire quand on les soumet à l'action des procédés hypnogènes.

Il serait très intéressant de savoir ce que donnerait l'hypnotisation pratiquée dans les états de condition première et de condition seconde sur des sujets atteints d'amnésie périodique spontanée. M. Azam a endormi autrefois Félida par la fixation du regard. Il décrit très brièvement les résultats qu'il a obtenus. Il ressort cependant de son récit que la malade pouvait être hypnotisée avec la même facilité pendant ses crises ou dans leurs intervalles, et qu'une fois endormie elle était dans un autre état que dans sa condition première et dans sa condition seconde[2].

Les expériences faites par M. Verriest conduisent à des conclusions identiques. Sa malade pouvait être hypnotisée par le passage des mains sur les globes oculaires. Quand on l'hypnotisait en condition première, elle se retrouvait, après le réveil, en condition seconde et *vice versa*. Mais, dans tous les cas, tant que durait le sommeil provoqué, elle présentait d'autres symptômes que dans les états alternants qui se succédaient chez elle par le seul fait de sa maladie. Nous pouvons ajouter que M. Ladame a profité de l'hypnotisation pour guérir par suggestion une personne atteinte d'accès de somnambulisme spontané avec variations alternantes de la personnalité.

En résumé, les phénomènes de double conscience, d'amnésie périodique ou de personnalité alternante observés par M. Azam chez Félida X..., et par d'autres auteurs chez quelques malades dont l'histoire est analogue à celle de Félida, paraissent dépendre d'une forme particulière du somnambulisme spontané, dans laquelle le sommeil somnambulique vulgaire est remplacé par l'état de veille somnambulique. Des deux états qui se succèdent alternativement chez ces malades, l'un, la condition première, est l'état de veille normal, l'autre, la condition seconde, est l'état de veille somnambulique.

[1] Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*. Paris, 1886, p. 163.
[2] Azam, *op. cit.*, p. 75.

Cette interprétation n'est pas applicable à tous les cas d'amnésie périodique sans exception. Il y a dans la science une observation célèbre connue sous le nom d'*histoire de la dame américaine de Mac-Nish*[1] dans laquelle le jeu des deux mémoires alternantes n'était pas le même que chez la malade de M. Azam.

Voici les détails de cette observation :

« Une jeune dame, instruite, bien élevée et d'une bonne constitution, fut prise tout d'un coup et sans avertissement préalable d'un sommeil profond qui se prolongea plusieurs heures au delà du temps ordinaire.

» A son réveil, elle avait oublié tout ce qu'elle savait, sa mémoire était comme une *tabula rasa,* et n'avait conservé aucune notion ni des mots ni des choses; il fallut tout lui enseigner à nouveau; ainsi elle dut réapprendre à lire, à écrire, à compter; peu à peu, elle se familiarisa avec les personnes et avec les objets de son entourage, qui étaient pour elle comme si elle les voyait pour la première fois; ses progrès furent rapides.

» Après un temps assez long — plusieurs mois — elle fut, sans cause connue, atteinte d'un sommeil semblable à celui qui avait précédé sa nouvelle vie. A son réveil, elle se trouva exactement dans l'état où elle était avant son premier sommeil, mais elle n'avait aucun souvenir de tout ce qui s'était passé pendant l'intervalle; en un mot, dans l'*état ancien,* elle ignorait l'*état nouveau.* C'est ainsi qu'elle nommait ses deux vies, lesquelles se continuaient isolément et alternativement par le souvenir.

» Pendant plus de quatre ans, cette jeune dame a présenté à peu près périodiquement ces phénomènes.

» Dans un état ou dans l'autre, elle n'a pas plus souvenance de son double caractère que deux personnes distinctes n'en ont de leurs natures respectives; par exemple, dans la période d'*état ancien,* elle possède toutes les connaissances qu'elle a acquises dans son enfance et sa jeunesse; de son *état nouveau,* elle ne sait que ce qu'elle a appris depuis son premier sommeil. Si une personne lui est présentée dans un de ces états, elle est obligée de l'étudier et de la connaître dans les deux pour en avoir la notion complète. Il en est de même de toute chose. Dans son *état ancien,* elle a une très belle écriture, celle qu'elle a toujours eue, tandis que, dans son *état nouveau,* son écriture est mauvaise, gauche, comme enfantine; c'est qu'elle n'a eu ni le temps ni les moyens de la perfectionner.

» Ainsi qu'il a été dit plus haut, cette succession de phénomènes a duré quatre années, et Mme X... était arrivée à se tirer très bien d'affaire, sans trop d'embarras, dans ses rapports avec sa famille. »

Dans ce cas, vous le voyez, la séparation entre les deux existences était beaucoup plus profonde que chez Félida X... De plus, la

[1] Cette observation a été publiée pour la première fois par Mitchell et Nott (*Medical Repository,* janvier 1816), reproduite par Mac-Nish (*Philsophy of sleep,* 1830) et traduite par Azam (*op. cit.,* p. 270).

malade de Mac-Nish n'avait pas, comme la malade de M. Azam, une mémoire commune aux deux états et une mémoire propre à l'un d'eux. Les deux mémoires étaient limitées chacune aux événements accomplis dans l'état correspondant; elles s'ignoraient réciproquement et donnaient naissance à deux personnalités distinctes complètement étrangères l'une à l'autre.

Peut-être n'y a-t-il là que des différences secondaires, des degrés plus ou moins profonds d'une même maladie. Il est même très probable qu'il en est ainsi; mais il est préférable d'attendre, pour trancher la question, que des observations nouvelles aient été recueillies.

III

VARIATIONS DE LA PERSONNALITÉ PAR REVERSION

Les éléments qui constituent notre personnalité psychique se renouvellent et se modifient incessamment comme ceux qui composent notre corps. Un homme, à quarante ans, n'a plus les mêmes idées, les mêmes penchants, les mêmes tendances, la même mémoire qu'il avait à vingt ans. C'est le même individu, parce que sa manière d'être actuelle est rattachée à sa manière d'être ancienne par une série ininterrompue d'états intermédiaires qui se relient entre eux de façon à former une chaîne continue; mais si on pouvait supprimer ces intermédiaires et comparer sa personnalité de vingt ans à celle de quarante, elles apparaîtraient fort différentes l'une de l'autre.

Cette induction se trouve pleinement confirmée par l'étude de certains troubles de la mémoire et de la personnalité qui se rencontrent assez fréquemment chez les hypnotisés. Quelques sujets en état de somnambulisme spontané ou provoqué perdent complètement le souvenir de ce qu'ils ont appris pendant une longue période de leur existence, pendant les cinq ou les dix dernières années de leur vie par exemple. En même temps et par le fait de cette amnésie partielle rétrograde, ils perdent la notion de leur personnalité actuelle et reprennent celle qu'ils avaient au moment précis où s'arrête leur mémoire.

C'est à ces phénomènes complexes d'*amnésie partielle rétrograde avec reversion de la personnalité* que j'ai donné, d'après les indications de M. le professeur Espinas, le nom d'*ecmnésie*.

Mes premières observations sur l'ecmnésie datent de 1882. Une

des hystériques les plus intéressantes qui aient passé entre nos mains, Albertine M..., était alors dans le service. Elle avait des attaques convulsives fréquentes qui se terminaient habituellement par une phase délirante prolongée. Le délire, comme c'est la règle dans les cas de ce genre, se rapportait presque toujours à un des épisodes saillants de la vie passée de la malade. C'était, selon l'expression très juste de Briquet, un délire de réminiscence. Mais je remarquai, en outre, une particularité qui avait échappé jusque-là à Briquet et aux autres historiographes de l'hystérie : c'est que, tant que durait son délire, la malade avait absolument perdu le souvenir de tout ce qui était advenu depuis l'événement qui occupait son esprit, tandis qu'elle se rappelait très bien les faits antérieurs à cet événement.

Exemple : Un jour qu'Albertine avait son délire post-convulsif habituel et qu'elle paraissait s'entretenir avec son ancien amant, j'essayai de lui faire des questions et des réponses en rapport avec ses conceptions délirantes du moment. Il me fut très facile d'entrer dans son délire. Je causai longtemps avec elle comme si j'étais réellement M. X..., et elle répondait à mes questions comme si elle était encore en relations suivies avec lui. Mais quand je voulus reprendre vis-à-vis de la malade ma personnalité réelle, je me heurtai à une résistance imprévue. Albertine me prenait toujours pour M. X... et ne voulait pas en démordre. « Votre insistance est absurde, lui dis-je enfin un peu impatienté; vous savez bien que vous n'êtes pas chez votre ancien maître, vous êtes à l'hôpital; ce n'est pas M. X... qui vous parle, c'est M. Pitres. » Alors Albertine, éclatant de rire, demanda ce que signifiait cette plaisanterie. Elle! à l'hôpital! Mais elle n'y avait jamais mis les pieds, et quant à M. Pitres, elle n'en avait jamais entendu parler. Je la pressai de questions, et je m'aperçus qu'il était impossible de rappeler à son esprit aucun des événements survenus depuis le jour où se passaient les faits reproduits dans son délire. Sa conversation avec M. X... avait lieu à une date déterminée, et tout ce qui s'était passé depuis cette date était complètement effacé de sa mémoire.

Plus tard, les attaques convulsives de notre malade furent remplacées par des attaques de délire durant lesquelles le phénomène de l'ecmnésie avec reversion de la personnalité acquit une netteté parfaite. Dans ces attaques, Albertine se croit revenue à une période antérieure de sa vie : tantôt elle se querelle avec son ancien amant comme elle le faisait à vingt-trois ans; tantôt elle se perd dans

un bois avec une de ses amies, comme cela lui est arrivé à dix-huit ans; tantôt elle garde les vaches de sa mère nourrice, comme c'était son habitude à six ou sept ans, etc. Dans tous les cas, elle reprend la personnalité qu'elle avait au moment où est survenue réellement la scène qu'elle reproduit dans son délire. Elle parle, pense, agit comme elle parlait, pensait, agissait à cette époque. Elle ne se rappelle rien, absolument rien, de ce qu'elle a appris depuis. Bien plus, les transformations psychiques caractéristiques du délire ecmnésique s'accompagnent de modifications organiques correspondantes. Ainsi, quand la malade est reportée par son délire à l'époque où elle avait six ou sept ans, non seulement elle s'exprime et s'amuse comme un enfant, mais elle n'a plus d'hémianesthésie, et ses zones hystérogènes, très actives en temps ordinaire, ont perdu leur excitabilité.

En 1886, je constatai qu'il était possible de provoquer le délire ecmnésique par trois procédés différents :

1° En affirmant à la malade en état de sommeil hypnotique qu'après son réveil elle aurait tel âge, ou qu'elle exécuterait tel acte se rapportant à une période bien déterminée de son existence;

2° En fixant fortement son attention sur un événement quelconque de sa vie passée et en l'endormant brusquement pendant qu'elle pense à cet événement;

3° En excitant certains points du corps agissant comme zones idéogènes.

Tous ces faits ont été décrits en 1887, par un de mes élèves, M. Blanc-Fontenille, dans sa thèse de doctorat[1]; nous aurons occasion d'y revenir quand nous nous occuperons des attaques spontanées ou provoquées de délire hystéro-hypnotique.

Pendant que je poursuivais assidûment mes recherches, MM. Camuset, Voisin, Bourru et Burot, Mabille, etc., eurent successivement l'occasion d'étudier un malade qui présenta à diverses reprises, dans le cours de sa carrière pathologique, des phénomènes tout à fait remarquables d'ecmnésie avec reversion de la personnalité. Je dois vous raconter brièvement son histoire :

Louis V..., actuellement âgé de vingt-cinq ans, est né à Paris de père et mère inconnus. Il paraît avoir eu dès son enfance des accidents névropathiques. Abandonné par ses parents, privé de toute direction morale, il

[1] Henri Blanc-Fontenille, *Étude sur une forme particulière de délire hystérique (délire avec ecmnésie)*. Th. doct., Bordeaux, 1887.

devint vagabond et, à la suite d'une condamnation pour vol, il fut enfermé de 1873 à 1880 dans la colonie pénitentiaire de Saint-Urbain (Haute-Marne), où on l'employait aux travaux des champs.

Un jour, en mai 1879, pendant qu'il était occupé à lier des sarments de vigne, une vipère s'enroula, sans le piquer, autour de son bras. Il fut épouvanté, perdit connaissance, eut de grandes attaques de nerfs et devint paraplégique.

En mars 1880, il fut transporté à l'asile de Bonneval, dont M. Camuset était alors le médecin. Il était toujours paraplégique; son caractère était doux, affable; il se souvenait très bien de son enfance ainsi que de son séjour à Saint-Urbain; il déplorait ses fautes et déclarait qu'à l'avenir, il ne commettrait plus de vols. Pour occuper ses loisirs, on lui fit apprendre le métier de tailleur. Il travaillait du reste avec zèle et, à l'atelier, on était très content de lui.

Deux mois après son arrivée à Bonneval, il eut de grandes attaques d'hystéro-épilepsie, à la suite desquelles il guérit tout à coup de sa paraplégie. Mais, en même temps, on constata qu'il avait oublié tout ce qui s'était passé depuis le moment où avait débuté la paraplégie des membres inférieurs, c'est-à-dire depuis un an. Il se croyait encore à Saint-Urbain; il ne reconnaissait pas les personnes qui l'entouraient et lui donnaient des soins; il ne savait plus coudre; il ne se souvenait pas d'avoir été paralysé. En outre, son caractère était transformé : au lieu d'être doux, affable, poli, laborieux comme il l'était les jours précédents, il se montrait méchant, taquin, querelleur, arrogant, grossier, cynique. M. Camuset a noté avec beaucoup de soin les détails de cette transformation de la volonté du sujet, dont il fut obligé de reconnaître la réalité après avoir cru tout d'abord qu'elle était simulée[1].

Quelques jours plus tard, le malade s'évada en volant 60 francs à un infirmier; on le rattrapa au moment où il achetait des effets pour faire le voyage de Paris.

En 1881 il quitta l'asile de Bonneval. Il passa quelque temps à Chartres, tomba malade à Mâcon, entra à l'asile de Saint-Georges et finalement revint à Paris, où il fut soigné pendant dix-huit mois (d'août 1883 à janvier 1885), dans le service de M. Jules Voisin, à Bicêtre.

Il eut là des accidents très variés, dont un au moins rappelle l'incident précédemment observé par M. Camuset. Le 26 janvier 1884, Louis V... se réveilla avec une contracture hémiplégique des membres du côté droit, qu'il conserva jusqu'au 16 avril de la même année. Ce jour-là, à la suite d'une légère attaque, la contracture disparut. Le lendemain matin on s'aperçut que le malade avait oublié tout ce qui s'était passé durant les trois mois qu'il était resté contracturé. Il se croyait au 26 janvier : il fut ébahi quand on lui fit remarquer que les feuilles poussaient aux arbres. De plus, son caractère s'était modifié. Pendant la durée de la contracture, il

[1] Camuset, *Un cas de dédoublement de la personnalité. Période amnésique d'une année chez un jeune hystérique* (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1882).

était doux et laborieux; depuis sa disparition, il était redevenu taquin, voleur, indiscipliné [1].

Il s'évada de Bicêtre le 2 janvier 1885 en volant des effets d'habillement et de l'argent à un infirmier, s'engagea, on ne sait trop comment, dans l'infanterie de marine, commit des vols, passa en conseil de guerre et fut envoyé en observation, en mars 1885, à l'hôpital de Rochefort où MM. Bourru et Burot [2] purent l'étudier à loisir. Ces observateurs firent sur lui des recherches fort intéressantes dont la partie la plus originale est relative à la provocation artificielle de l'ecmnésie avec reversion de la personnalité par application des agents esthésiogènes.

Exemples : Lors de son arrivée à Rochefort, Louis V... était hémiplégique et hémianesthésique du côté droit. En outre, il avait son caractère des mauvais jours : il était grossier, bavard, violent, indiscipliné, menteur et voleur. Il se rappelait assez bien son existence depuis la seconde partie de son séjour à Bonneval, mais pas avant.

Tout cela étant bien constaté, MM. Bourru et Burot appliquent un aimant sur son bras droit paralysé. Quelques secondes après, le sujet est transformé : l'hémiplégie et l'hémianesthésie sont transférées à gauche; la physionomie, le langage, le caractère sont profondément modifiés. Louis V... est devenu doux, timide, poli, correct : ce n'est plus le même personnage. Il ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent; il se croit à Bicêtre; il ne sait pas qu'il s'est engagé et ne comprend pas comment il est arrivé à l'hôpital de Rochefort.

L'application de l'aimant sur la nuque provoque une paraplégie avec contracture; le sujet interrogé se croit à Saint-Urbain, il ne connaît ni Rochefort, ni Bicêtre, ni Bonneval, mais, en revanche, il peut raconter les événements survenus pendant son enfance, les circonstances qui ont précédé son admission dans la colonie pénitentiaire; il veut aller aux champs travailler avec ses compagnons de détention.

L'électrisation statique fait disparaître toute paralysie. Le malade se figure alors être à Saint-Urbain, à l'âge de quatorze ans, jouissant de toutes ses facultés et n'ayant jamais été gravement malade, car ses souvenirs s'arrêtent au moment précis où eut lieu l'accident provoqué par la vipère. Il a d'ailleurs toutes les allures d'un charmant jeune homme, doux, intelligent, convenable, bien élevé.

Ces expériences sont très importantes parce qu'elles démontrent dans une certaine mesure la liaison intime d'un état physique déterminé avec un état mental concomitant. Je vous ai déjà dit que chez Albertine M... la reversion de la personnalité à une époque antérieure au développement des accidents hystériques

[1] Jules Voisin, *Note sur un cas de grande hystérie chez l'homme avec dédoublement de la personnalité* (*Archives de neurologie*, 1885, t. I, p. 212).

[2] H. Bourru et P. Burot, *Variation de la personnalité*. Paris, 1888, p. 15 et suivantes. L'observation de Louis V... est rapportée avec de longs développements dans la thèse de M. Berjon : *La grande hystérie chez l'homme*. Th. doct., Bordeaux, 1886.

fait disparaître l'hémianesthésie et les zones hystérogènes. Chez le malade de MM. Bourru et Burot, la reproduction artificielle de certains accidents paralytiques évoque, *ipso facto,* l'état mental qui avait autrefois accompagné ces accidents. Les deux observations se complètent réciproquement. Dans la première, la transformation psychique amène le changement physique correspondant; dans la seconde, c'est la modification physique qui précède et commande la transformation psychique. Dans les deux cas, les choses se passent comme si toutes les impressions arrivant simultanément aux centres nerveux restaient étroitement associées dans les profondeurs de la mémoire inconsciente, de telle sorte que la reviviscence de l'une d'elles dût entraîner aussitôt la reviviscence de toutes ses contemporaines.

Il serait fort intéressant de rechercher dans quelle mesure ces observations concordent avec les différentes hypothèses émises par les philosophes sur la nature du *moi*. Mais, pour porter la discussion sur ce terrain, il faudrait avoir des connaissances très étendues en psychologie. Je préfère m'arrêter et laisser à qui de droit le soin de tirer des faits cliniques sur lesquels je viens d'appeler votre attention les conclusions qu'ils comportent.

CINQUANTE-TROISIÈME LEÇON

DES ATTAQUES DE SOMMEIL

SOMMAIRE

I. Description générale des attaques de sommeil.

II. Présentation d'une malade en état de sommeil hystéro-hypnotique spontané. Phénomènes prodromiques de l'attaque : aura ovarienne, aura épigastrique, aura céphalique.

III. Phénomènes accompagnant le sommeil. État de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence. Identité des phénomènes observés chez la malade avec ceux qui caractérisent l'*état cataleptoïde* dans l'hypnose provoquée.

IV. Procédés susceptibles de faire cesser le sommeil hystéro-hypnotique. Phénomènes succédant au réveil : amnésie des faits survenus pendant la durée du sommeil.

V. Modifications apportées par des manœuvres expérimentales à la forme des attaques de sommeil. Exemples. Signification clinique des attaques de sommeil.

MESSIEURS,

La plupart d'entre vous connaissent, pour l'avoir vue dans le service ou à l'amphithéâtre des cours, la nommée Albertine M... Je vous l'ai présentée récemment quand nous avons étudié ensemble les *suggestions hypnotiques* [1], et en vous racontant brièvement à cette époque les principales phases de son existence et de sa maladie, je vous ai dit qu'elle était sujette à des *attaques de délire* et à des *attaques de sommeil*. Je me souviens que cette expression : *attaques de sommeil,* parut vous causer un certain étonnement, et qu'après la leçon plusieurs d'entre vous me demandèrent des explications à ce sujet. Je résolus alors de vous montrer un jour notre malade dans cet état d'hypnose spontanée que nous appelons l'*attaque de sommeil hystérique,* et de vous faire constater les principaux symptômes qui le caractérisent. L'occasion de réaliser ce projet s'est présentée ce matin. En arrivant dans les salles, nous avons trouvé Albertine en proie aux malaises qui précèdent habi-

[1] Voyez XLVIIe leçon, p. 146.

tuellement l'apparition du sommeil hystérique. Quelques instants après, elle était profondément endormie. J'ai donné l'ordre qu'on ne la réveillât point et qu'on l'apportât ici. La voilà étendue sur une couchette, les yeux fermés, la respiration calme comme si elle dormait du sommeil naturel. Nous analyserons bientôt les phénomènes qui accompagnent cet état, mais il me paraît indispensable de vous donner au préalable quelques renseignements sur la nosographie des *attaques de sommeil hystérique.*

I

On désigne sous ce nom une forme d'attaque hystérique dans laquelle les symptômes spasmodiques manquent complètement ou sont très atténués, tandis que le sommeil hypnotique, qui dans les attaques complètes et régulières survient seulement dans la phase d'hypnose post-convulsive, joue le rôle principal ou exclusif.

Les attaques de sommeil sont connues depuis fort longtemps : Ambroise Paré, Frank, Sydenham, Forestus, Louyer-Villermay, Landouzy, Briquet, etc., en font mention dans plusieurs passages de leurs écrits.

Leur symptomatologie est très variable. Il y en a, en effet, autant de formes différentes qu'il y a d'états hypnotiques distincts; c'est dire qu'on peut observer des attaques de catalepsie, de léthargie, de somnambulisme et de toutes les variétés mixtes ou frustes dérivées de ces états types. De plus, leur durée est extrêmement variable. Dans certains cas elles sont si subites et si courtes qu'on pourrait très facilement les confondre avec des syncopes; dans d'autres elles se prolongent plusieurs heures ou plusieurs jours et ressemblent à des attaques d'apoplexie ou de coma; enfin, on a cité des cas où le sommeil hystérique a persisté pendant des semaines ou des mois. Toutes ces variétés cliniques ont été l'objet de travaux importants, parmi lesquels il convient de signaler ceux de Pfendler[1], Favrot[2], Puel[3], Boutges[4],

[1] Pfendler, *Quelques observations pour servir à l'histoire de la léthargie.* Th. doct., Paris, 1833, n° 309.

[2] Favrot, *De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie.* Th. doct., Paris, 1844.

[3] Puel, *De la catalepsie* (*Mémoires de l'Académie de médecine,* t. XX, 1856).

[4] Boutges, *De l'hystérie comateuse.* Th. doct., Paris, 1875.

Bourneville et Regnard[1], Paul Richer[2], Drosdow[3], Charcot[4], Laufenauer[5], Vizioli[6], Achard[7], Bérillon[8], Gilles de La Tourette[9], etc. Mais il faut bien savoir que les attaques de syncope, de coma, de léthargie, de catalepsie, etc., sont de même nature et qu'elles ont toutes la même signification clinique; il n'y a entre elles que des différences de degrés et de durée.

Les attaques de sommeil surviennent en général chez des hystériques qui ont eu antérieurement des attaques convulsives. Il est rare qu'elles constituent la première manifestation éclatante de la névrose.

Presque toujours elles sont précédées par une aura dont l'évolution a d'étroites analogies avec celle qui annonce l'explosion prochaine des attaques convulsives; mais les malades qui ont tantôt des attaques hystériques complètes et tantôt des attaques de sommeil reconnaissent ordinairement à la nature des sensations prodromiques qu'ils éprouvent s'ils vont s'endormir ou avoir des convulsions.

Quand le sommeil est arrivé, les symptômes que présentent les malades diffèrent selon la variété de l'état hypnotique qu'a déterminée l'attaque. Parfois on constate les signes de la série léthargique, d'autres fois ceux de la série cataleptique ou somnambulique. Ces symptômes sont d'ailleurs identiques à ceux qu'on observe dans les formes connues de l'hypnose provoquée. On ne doit donc pas s'étonner que certains sujets soient inertes comme des cadavres, tandis que d'autres restent capables d'activité psychique et musculaire; que les uns conservent les attitudes cataleptiques, tandis que les autres présentent le phénomène de la flaccidité des membres avec ou sans hyperexcitabilité neuro-

[1] Bourneville et Regnard, *Iconographie photographique à la Salpêtrière,* 1877-1880, t. III, obs. IX, X, XI.

[2] Paul Richer, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie.* Paris, 1881.

[3] Drosdow, *Morbus hypnoticus. Spontaner selbstständig auftretender Hypnotismus* (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,* XIII, 1882, p. 230).

[4] Charcot, *Lezioni cliniche dell' anno scolastico 1883-84 sulle malattie del sistema nervoso,* redatte dall. Dot. D. Miliotti.

[5] Laufenauer, *Hypnotische Anfalle um Anschluss an eine hystero-epileptische Neurose* (*Centr. für klin. Med.,* 1885, p. 775).

[6] Vizioli, *Del morbo ipnotico (ipnotismo spontaneo, autonomo) e delle suggestioni* (*Giornale di neuropatologia,* t. III, p. 289).

[7] Achard, *De l'apoplexie hystérique.* Th. doct., Paris, 1887.

[8] Bérillon, *La léthargique de Thenelles* (*Revue de l'hypnotisme,* 1er avril 1887).

[9] Gilles de la Tourette, *Des attaques de sommeil hystérique* (*Archives de neurologie,* t. XV, janvier et mars 1888).

musculaire; que ceux-ci acceptent et exécutent les suggestions, tandis que ceux-là n'entendent pas ce qu'on leur dit et n'accomplissent pas les ordres qu'on leur donne.

Le retour à l'état de veille peut être provoqué dans un bon nombre de cas, mais non pas dans tous, par l'emploi des procédés qui font cesser ordinairement l'hypnose expérimentale. L'insufflation sur les yeux, la pression des zones hypnofrénatrices, l'injonction impérative, etc. Chez quelques sujets, les zones spasmogènes conservent leur excitabilité pendant toute la durée du sommeil spontané, de telle sorte qu'on peut facilement transformer leur attaque de sommeil en attaque convulsive. Après le réveil, les malades ne conservent ordinairement aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant qu'ils étaient endormis.

Le diagnostic des attaques de sommeil est habituellement très facile quand on connaît les antécédents des malades et quand on songe à la possibilité de l'existence de cette forme d'attaques dans les cas où la gravité apparente des symptômes semblerait devoir faire penser à des syncopes cardiaques, à des apoplexies organiques ou à des morts subites. L'intégrité des fonctions circulatoires et respiratoires, la conservation de la température normale du corps sont les principaux symptômes qui mettront sur la voie du diagnostic.

Il ne faut pas confondre les attaques de sommeil avec l'hypnose artificielle provoquée, au su ou à l'insu des malades, par des excitations hypnogènes. Certains sujets, très sensibles à l'hypnotisation, s'endorment en regardant leur lampe, en lisant, en fixant un objet brillant quelconque. Une de nos malades, Alix S..., met à profit cette susceptibilité particulière pour échapper aux fatigues et aux inconvénients de toutes sortes qui résultent pour elle de l'explosion des grandes attaques convulsives auxquelles elle est sujette. Quand elle éprouve les sensations prodromiques de ces attaques, elle regarde fixement le pied de son lit et parvient ainsi à se plonger elle-même en état d'hypnotisme. Cela suffit pour empêcher les convulsions de se produire. Une jeune fille que sa mère présentait ces jours-ci à notre consultation externe est, depuis deux mois, dans l'incapacité de se livrer à aucun travail de couture, parce qu'elle s'endort aussitôt qu'elle commence à fixer son ouvrage.

Ces malades n'ont pas, à proprement parler, des attaques de sommeil hystérique; elles sont très facilement hypnotisables et

tombent en état de sommeil hypnotique à l'occasion d'excitations sensorielles légères. Mais, au fond, elles ont de l'hypnose provoquée et non pas de l'hypnose spontanée.

Le pronostic des attaques de sommeil est bénin, *quoad vitam*. Le retour spontané ou provoqué à l'état normal après un temps variable est la règle. « En parcourant les auteurs, dit Briquet, on trouve toujours que les prétendus morts ont été rappelés à la vie[1]. » Il y a cependant dans la science une observation de coma hystérique qui se serait terminé par la mort[2]. Mais en pareille matière on peut invoquer le précepte de droit : *testis unus, testis nullus*.

Arrivons maintenant à l'étude de notre malade.

II

C'est le 8 décembre 1881 qu'Albertine est entrée pour la première fois dans le service. Depuis le mois de février de la même année elle était devenue sujette à des attaques convulsives violentes qui se répétaient plusieurs fois par jour et l'empêchaient de se livrer à aucun travail régulier. Ces attaques convulsives étaient précédées de *prodromes*. Un quart d'heure ou vingt minutes avant leur début, la malade se sentait « changée ». Elle devenait indifférente à ce qui se passait autour d'elle; son ventre se ballonnait et il s'y développait des borborygmes bruyants; sa respiration était haletante; elle éprouvait des langueurs d'estomac et une sensation de constriction localisée aux deux jarrets, sur lesquels siégeaient dès cette époque deux zones hystérogènes très actives. A ces prodromes succédait une *aura ovarienne*. La malade sentait une boule qui se détachait du flanc gauche, montait lentement à l'épigastre, où elle s'arrêtait quelques instants, puis s'élevait au cœur, où elle causait de violentes palpitations, et finalement remontait jusqu'au larynx, où elle donnait lieu à un sentiment pénible de strangulation. A ce moment précis, la malade perdait connaissance et l'attaque convulsive commençait. Elle se composait toujours de trois phases distinctes :

1° *Une phase épileptoïde* caractérisée par une contracture générale, tonique, de tous les muscles volontaires.

[1] Martinenq, *Cas d'apoplexie hystérique avec autopsie* (*Annales médico-psychologiques*, 1887, p. 254).
[2] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 427.

2° *Une phase de convulsions cloniques,* débutant par un cri aigu prolongé, suivi de convulsions irrégulières du tronc et des membres. Les convulsions ne duraient guère plus de cinq minutes consécutives; puis elles devenaient moins violentes, et se terminaient toujours par un mouvement identique : la malade soulevait ses deux bras étendus à la hauteur de la tête, les rapprochait en frappant ses mains l'une contre l'autre et les laissait retomber mollement sur le lit. Ce mouvement annonçait toujours la fin des convulsions, mais l'attaque n'était pas terminée pour cela. Il y avait encore :

3° *Une phase délirante* dans laquelle la malade, les yeux fermés, chantait ou entretenait d'interminables conversations avec des personnages imaginaires, le plus souvent avec son amant.

Jusqu'au mois de mars 1882, nous restâmes les témoins passifs de ce délire et nous ne cherchâmes pas à nous rendre compte des phénomènes musculaires et psychiques qui l'accompagnaient. Un jour cependant nous eûmes l'idée de soulever les bras d'Albertine pendant la phase délirante de l'attaque hystéro-épileptique et nous remarquâmes que ses bras conservaient les attitudes cataleptiques. Ce fut une véritable révélation. Nous parlâmes à la malade, et elle nous répondit; nous lui suggérâmes des illusions et des hallucinations sensorielles qu'elle accepta sans aucune résistance. Bref, il devint évident pour nous que, pendant la phase délirante de ses attaques convulsives, Albertine était dans l'*état de sommeil hypnotique.*

Depuis cette époque, nous avons pu nous assurer sur un grand nombre d'autres malades que ce n'était pas là une particularité exceptionnelle, mais qu'au contraire, dans la grande majorité des cas, pendant la phase délirante qui termine les attaques convulsives des hystériques, les malades se trouvent dans un état identique ou tout au moins très analogue à l'état d'hypnotisme provoqué. Vous verrez bientôt que cela a son importance au point de vue de l'interprétation des phénomènes qui caractérisent les attaques de sommeil.

Revenons pour le moment à l'histoire d'Albertine.

Le 12 mai 1882, après cinq mois de traitement régulier, la malade allait beaucoup mieux. Au lieu de deux ou trois attaques convulsives par jour, elle n'avait plus que deux ou trois attaques par mois. Elle se crut capable de vivre de la vie commune. Elle quitta l'hôpital et se retira à la campagne, chez une de ses amies qui

voulut bien lui offrir un asile et lui procurer du travail. Elle y resta six semaines consécutives pendant lesquelles elle n'eut que deux attaques convulsives; mais en revanche elle eut pendant cette période ses premières attaques de sommeil. A partir de ce moment les attaques convulsives ont été de plus en plus rares; les attaques de sommeil, au contraire, sont devenues très fréquentes, et aucun des moyens que nous avons pu employer jusqu'à ce jour n'a réussi à les faire disparaître totalement. Quand Albertine revint à l'hôpital, le 3 juillet 1882, elle s'endormait trois ou quatre fois par jour; elle s'endort aujourd'hui beaucoup moins souvent, mais elle n'est pas complètement guérie puisque vous la voyez actuellement dans une de ces attaques de sommeil hystérique.

Ces attaques surviennent spontanément; elles ne sont provoquées par aucune hallucination, aucune idée fixe qui s'impose à l'esprit de la malade. Elles arrivent toujours pendant la journée et sont toujours précédées d'une *aura* spéciale, différente de celle qui annonce les attaques convulsives et qu'il est utile de décrire en détail.

Cette aura se compose de trois phases successives.

a) Dans la première, la malade éprouve dans le flanc gauche la sensation d'une boule arrondie, du volume d'un œuf de poule, qui, se détachant des profondeurs de la région ovarienne, exécuterait dans le côté gauche de l'abdomen cinq ou six tours de quinze centimètres de diamètre environ et viendrait se replacer, immobile, à son point de départ. Cette phase de l'aura est très rapide. Elle ne dure pas plus de quelques secondes, mais les sensations qu'elle provoque sont tout à fait caractéristiques; lorsque Albertine les éprouve, elle est certaine de s'endormir peu de temps après, et jamais elle ne les a éprouvées sans qu'elles aient été suivies à bref délai de l'attaque de sommeil.

b) Aussitôt après que la *boule* a repris sa place dans la région ovarienne, la deuxième phase de l'aura commence. Elle est surtout caractérisée par des langueurs d'estomac et par un malaise indéfinissable quoique très pénible. La malade est sombre, inquiète, morose. Elle cherche à s'isoler, elle refuse de répondre aux questions qu'on lui pose, elle s'impatiente pour un rien; si on lui témoigne de l'intérêt, elle prie qu'on la laisse tranquille et qu'on ne s'occupe pas d'elle. La durée de cette phase est variable; quelquefois elle ne dépasse pas quatre ou cinq minutes, d'autres fois elle se prolonge pendant une heure et plus. Sachant par expérience

que ces langueurs d'estomac, ce malaise survenant après les mouvements spéciaux de la boule ovarienne étaient les prodromes certains de l'attaque de sommeil, Albertine a essayé plusieurs fois d'empêcher de force le sommeil de l'envahir, mais toutes ses tentatives ont été inefficaces. Un jour elle a acheté un vomitif et l'a ingurgité au moment où débutaient les langueurs d'estomac. Elle n'eut pas de vomissements, et le sommeil arriva comme si elle n'avait rien fait pour l'éviter. Une autre fois, à la campagne, elle se mit à courir à travers champs, espérant qu'au moins le mouvement l'empêcherait de s'endormir; il n'en fut rien, l'attaque la surprit au milieu de sa course. Un jour elle alla à la douche au moment de l'aura et s'endormit sous la douche. Le seul moyen qui empêche l'arrivée du sommeil, c'est la compression de l'ovaire gauche. Sous son influence, les langueurs d'estomac se dissipent, la malade reprend sa gaieté, et pendant quelques instants elle n'éprouve aucun malaise. Malheureusement ce bien-être ne dure qu'un temps relativement très court, et peu après qu'on a cessé de presser sur l'ovaire, les signes de l'imminence du sommeil reparaissent. Le plus simple est donc de laisser l'aura évoluer naturellement.

c) Dans ces conditions, la troisième phase survient après un temps variable. Elle s'annonce par une sensation de constriction des deux tempes qui survient brusquement et qui persiste à peine quelques secondes. Puis, la malade fait une ou deux inspirations profondes; son visage prend une expression de souffrance anxieuse très vive, elle serre les mâchoires, grince des dents; sa tête se rejette en arrière et se porte deux ou trois fois à droite et à gauche; ses yeux deviennent humides et fixes; elle fait avec ses bras le mouvement spécial que nous avons déjà noté à la fin de la phase clonique des attaques convulsives, et à ce moment précis elle tombe dans l'état de sommeil. Elle reste alors immobile dans la position dans laquelle elle se trouvait au moment où elle a été surprise par le sommeil; c'est vous dire qu'elle peut s'endormir également debout, assise ou couchée.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi, Messieurs, de vous faire remarquer que les phénomènes prodromiques que je viens de vous décrire se reproduisent chez Albertine avec une invariable uniformité avant chacune de ses attaques de sommeil. Nous avons plusieurs fois assisté au début de l'attaque et nous avons toujours constaté les mêmes symptômes. Plus souvent encore

nous avons interrogé la malade, et toujours elle nous a fait les mêmes descriptions de son aura; toujours elle nous a énuméré les trois stades, caractérisés : l'un par le mouvement de la boule ovarienne, l'autre par les langueurs d'estomac, le troisième par le serrement bi-temporal et la perte de la connaissance. Ce n'est pas une fois par hasard que les choses se sont passées comme je vous les ai décrites : les phénomènes se succèdent toujours dans le même ordre et avec les mêmes apparences symptomatiques.

Ceci dit, étudions les caractères du sommeil pathologique, et voyons en quoi il diffère du sommeil naturel.

III

Veuillez diriger vos regards sur Albertine. Elle est, depuis le début de la leçon, étendue sur un lit. L'expression placide de ses traits, le calme de sa respiration, l'immobilité de ses membres lui donnent tout à fait les apparences d'une personne plongée dans le sommeil naturel. Le pouls, régulier, bat soixante-huit fois par minute; la peau a sa température et sa coloration normales. Cependant ne nous hâtons pas de conclure, car déjà une simple examen superficiel du visage révèle une particularité qui n'est pas habituelle dans le sommeil physiologique. Remarquez, en effet, les paupières de notre malade; elles sont agitées d'une sorte de tremblement continuel qui ne s'arrête pas un seul instant et dont on ne constate aucune trace sur les muscles voisins. Mais voici d'autres différences plus importantes. Je soulève le bras droit d'Albertine et je l'abandonne à lui-même; au lieu de retomber inerte sur le lit, il reste en l'air dans la position que je lui ai donnée; je soulève la jambe gauche, elle reste également en l'air, immobile, sans appui. J'interpelle vivement la malade, et voilà que sans ouvrir les yeux, sans se réveiller, sans rien changer de son attitude, elle répond d'une voix tout à fait assurée aux questions qu'on lui pose. « Albertine? — Monsieur! — Que faites-vous là, immobile comme une momie? — Rien du tout; je m'ennuie. — A quoi pensez-vous? — A rien. — Savez-vous où vous êtes? — Oui, bien sûr; je suis à l'amphithéâtre des étudiants. — Ouvrez vos yeux et regardez-moi. — Je ne peux pas ouvrir mes yeux; vous voyez bien que je suis endormie; au lieu de me parler, vous feriez mieux de me souffler dans les yeux pour me réveiller. »

Tout cela, Messieurs, ne ressemble guère à ce qui se passe dans le sommeil naturel et ressemble au contraire singulièrement à ce qui se produit dans le sommeil hypnotique. Votre conviction sera complète, j'espère, si nous étudions avec plus de détails les phénomènes que présente notre malade du côté de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence.

A) Du côté de la motilité, vous avez déjà remarqué que les membres d'Albertine n'étaient le siège d'aucune rigidité appréciable et qu'ils conservaient pour ainsi dire indéfiniment les attitudes dans lesquelles on les plaçait. Voilà plusieurs minutes que nous avons élevé son bras droit et sa jambe gauche dans une posture des plus incommodes. Ces membres ont conservé la position que nous leur avons donnée. Ce n'est pas que la malade soit incapable de mouvoir ses muscles. Je lui ordonne de se lever, elle se lève aussitôt; de marcher, et elle marche sans la moindre hésitation. Elle peut donc agir, mais elle n'agit que si elle y est sollicitée par un ordre ou par une excitation extérieure. Seules, les paupières échappent à cette règle. Au lieu d'être inertes, comme le sont les autres muscles du corps, elles sont agitées pendant toute la durée du sommeil pathologique par un petit tremblement incessant, et la malade est incapable de les ouvrir volontairement. Il est à peine besoin de vous rappeler que nous avons noté exactement les mêmes phénomènes dans le cours du sommeil hypnotique provoqué.

B) Dans le sommeil hypnotique provoqué, Albertine est hémianalgésique gauche. Elle l'est aussi dans le cours des attaques de sommeil; vous pouvez voir qu'elle ne donne aucun signe de douleur quand j'enfonce profondément cette aiguille à travers la peau de son bras gauche ou dans la moitié gauche de sa langue, tandis qu'elle se plaint vivement si je la pique sur les téguments de la moitié droite du corps. Dans les deux formes du sommeil elle présente aussi, à un égal degré, les phénomènes de douleur au contact de certains métaux que nous avons décrits précédemment sous le nom d'*haphalgésie*[1]. L'application d'une pièce d'or ou d'argent sur un point quelconque du corps (aussi bien à droite qu'à gauche) détermine dans les deux cas une sensation de vibration douloureuse qui fait crier la malade. Dans l'état de veille cette vibration ne se produit pas; elle n'existe que pendant certaines

[1] Voyez à ce sujet : VIe leçon, t. I, p. 65, et XLVe leçon, t. II, p. 125.

phases du sommeil hypnotique provoqué et des attaques de sommeil spontané.

Les sens spéciaux (sauf la vision qui est empêchée par l'occlusion des paupières) ont conservé leur activité. La malade peut entendre ce qui se dit autour d'elle, elle peut sentir les odeurs, goûter les saveurs tout comme elle le ferait à l'état de veille.

C) Les manifestations psychiques qui se produisent spontanément pendant l'attaque de sommeil se réduisent à presque rien. La plupart du temps la malade reste inerte, immobile, dans le lieu où elle s'est endormie, et rien ne prouve qu'elle pense à quelque chose. Quand on lui demande à quoi elle pense, elle répond comme elle nous a répondu tout à l'heure : « A rien. » Quelquefois cependant, sans qu'on lui ait directement adressé la parole, elle demande qu'on lui ouvre les yeux et qu'on la réveille.

Mais si les manifestations psychiques spontanées sont réduites à ce minimum d'activité, il ne faudrait pas croire pour cela que l'intelligence de la malade fût paralysée. Il en est de l'intelligence comme des muscles. Ceux-ci restent inertes tant que rien ne les sollicite à l'action, mais ils sont capables d'agir aussitôt qu'ils y sont provoqués. Ainsi, pendant le sommeil spontané, Albertine peut, quand on l'interroge, répondre aux questions qu'on lui pose, entretenir une conversation régulière et sensée, faire correctement un calcul mental, accepter et exécuter les suggestions. Toutes les expériences que nous avons faites naguère sur les illusions et les hallucinations provoquées pendant le sommeil hypnotique provoqué réussiraient également bien pendant le sommeil spontané. Je n'en reproduirai qu'un petit nombre pour ne pas prolonger outre mesure l'examen, mais je pourrais les reproduire toutes. Que je parle de la Sainte Vierge à la malade, et vous voyez qu'elle tombe à genoux dans l'attitude de l'extase; que je lui dise de se défier de la grosse araignée qui court auprès d'elle, et la voilà qui se lève, se met sur la défensive, et tout à coup s'élance en faisant le geste d'écraser un animal sur le sol. Je lui donne ce flacon en lui disant que c'est un parfum délicieux, elle l'aspire avec délices et en verse des gouttes sur son mouchoir, bien que ce soit de l'ammoniaque. Vous connaissez trop bien tous ces phénomènes pour qu'il soit nécessaire d'insister. La seule chose qui nous intéresse aujourd'hui, c'est de savoir qu'ils se produisent dans l'attaque de sommeil spontané, absolument comme dans le sommeil hypnotique provoqué.

En résumé, entre la phase du sommeil hypnotique que nous avons étudiée chez Albertine sous le nom d'*état cataleptoïde les yeux fermés* et l'état dans lequel se trouve aujourd'hui notre malade à la suite de son *attaque de sommeil*, nous ne constatons pas seulement des analogies, des ressemblances plus ou moins vagues; l'identité est complète, et nous avons, si je ne me trompe, poussé l'analyse assez loin pour qu'il nous soit d'ores et déjà permis d'affirmer que le sommeil pathologique spontané est de même nature que le sommeil artificiellement provoqué par l'application des procédés hypnogènes connus.

IV

Les mêmes moyens qui sont généralement employés chez notre malade pour faire cesser le sommeil hypnotique provoqué peuvent être mis en usage pour faire cesser le sommeil hystérique spontané. Le plus simple, et celui que nous employons le plus habituellement consiste à souffler brusquement sur les yeux d'Albertine ou sur un seul de ses yeux. Il faut que l'insufflation soit brusque et qu'elle soit directement dirigée sur les globes oculaires. Il est du reste indifférent que le souffle provienne de la bouche ou d'un soufflet. Le réveil provoqué par ce procédé est brusque. La malade, comme étourdie, porte ses mains à ses yeux, les frotte un instant et dit presque toujours d'un air étonné: « Quoi? Qu'est-ce que c'est? Qu'est-ce que vous m'avez fait? »

Un autre procédé moins commode, mais aussi efficace, c'est la compression de la région ovarienne gauche. Le réveil est un peu moins brusque; la malade ouvre les yeux, puis elle se soulève, regarde ce qui se passe autour d'elle et commence à s'entretenir avec les personnes qui l'entourent.

Après le réveil, la malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant qu'elle était endormie. Elle se rappelle les phases de l'aura; mais à partir du moment où le sommeil l'a gagnée jusqu'au moment où elle a été réveillée, elle a tout oublié. Elle ne sait même pas si elle est restée endormie longtemps ou si son sommeil a été de courte durée. En revanche, quand elle est endormie, sa mémoire embrasse à la fois le souvenir des faits accomplis pendant la veille et celui des faits qui se sont passés pendant les diverses variétés des états hypnotiques antérieurs.

Ce sont là de nouvelles analogies à signaler entre le sommeil provoqué et le sommeil spontané.

Je ne sais pas du tout quelle serait la terminaison naturelle de l'attaque de sommeil si on laissait Albertine endormie sans la réveiller. Il est probable qu'au bout d'un temps qu'il est impossible de préciser, elle se réveillerait spontanément. Mais quelle serait dans ces conditions la durée du sommeil hystérique? Nous l'ignorons absolument, parce que jamais la malade n'a été abandonnée à elle-même indéfiniment. Toujours elle a été réveillée artificiellement après un temps variant entre quelques minutes et trente-six heures. La première fois qu'elle eut une attaque de sommeil, elle s'endormit sur une chaise. Son amie la déshabilla et la mit au lit. Le lendemain matin Albertine était toujours dans le même état. Sa compagne effrayée alla chercher un médecin des environs, qui arriva juste vingt-quatre heures après le début du sommeil et le fit cesser instantanément par la compression de la région ovarienne gauche. Albertine raconta alors à son amie qu'à l'hôpital on réveillait les malades en leur soufflant simplement sur les yeux et lui conseilla d'employer ce moyen si elle s'endormait de nouveau. Grâce à ce conseil, ses attaques de sommeil ont été ordinairement interrompues peu de temps après leur début. Quelquefois cependant, son amie n'étant pas toujours auprès d'elle, elles ont persisté plusieurs heures. Une fois entre autres, en mars 1883, cette amie partit à six heures du matin pour aller travailler aux champs, laissant à Albertine le soin de préparer le repas pour le soir. A sept heures, Albertine était déjà occupée à peler les légumes qu'elle comptait mettre dans la soupe quand elle sentit les prodromes de l'attaque. Elle s'assit sur une chaise et s'endormit. Le soir à huit heures, quand son amie revint, elle la trouva immobile sur cette chaise, tenant encore à la main les légumes destinés à la soupe.

A deux reprises différentes, nous avons laissé Albertine endormie pendant trente-six heures consécutives sans faire aucune tentative pour la réveiller. Elle n'est pas revenue spontanément à l'état de veille. Nous n'avons pas osé prolonger plus longtemps l'expérience. Il est probable que si nous avions été plus hardis, le sommeil aurait persisté plusieurs jours ou plusieurs semaines. Une malade du service de M. Charcot est restée cinquante-quatre jours consécutifs dans un état analogue, et on trouve dans les anciens auteurs des exemples de sommeil hystérique qui ne se serait terminé qu'après deux, trois et même six mois. Il est juste

de dire que dans ces cas on ne pouvait pas ou on ne savait pas tirer artificiellement les malades de leur sommeil et qu'il fallait bien subir ce qu'on ne pouvait éviter.

V

Les attaques de sommeil hystéro-hypnotique ne revêtent pas toujours les apparences symptomatiques que nous venons de constater ensemble sur Albertine M... En réalité, il y en a autant de formes distinctes que de variétés d'états hypnotiques. On a décrit depuis longtemps des attaques de *catalepsie*, de *léthargie*, de *somnambulisme*, et de toutes les variétés mixtes ou frustes dérivées de ces états types [1]; mais ce ne sont là que des degrés d'un même processus pathologique fondamental. Pour démontrer cette assertion, il me suffira de vous faire connaître les résultats de quelques expériences que nous avons pratiquées sur Albertine elle-même :

Un jour que nous assistions à l'évolution de l'aura d'une attaque du sommeil, nous nous demandâmes ce qui arriverait si, avant la fin de l'aura, nous provoquions chez notre malade le sommeil hypnotique artificiel. Par la pression modérée d'une zone hypnogène des membres, nous la mîmes alors en *état cataleptoïde les yeux fermés*. Interrogée aussitôt après, Albertine répondit qu'elle éprouvait les mêmes langueurs d'estomac que précédemment; puis, après quelques instants, elle ressentit la constriction bi-temporale qui précède immédiatement le sommeil, sa figure prit l'aspect souffrant, sa tête se renversa en arrière, elle fit le grand mouvement des bras que nous connaissons et tomba en *état léthargoïde* avec tous les symptômes ordinaires de cet état : inertie musculaire absolue, analgésie de tout le corps, absence de réponse aux questions posées, etc. La compression ovarienne fit cesser l'hypnose sans difficulté.

Quelques jours plus tard, trouvant encore la malade dans la période d'aura de l'attaque de sommeil, nous la mîmes d'emblée en *état léthargoïde*. Impossible de savoir alors si l'aura persistait, puisque dans cet état Albertine ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Nous attendîmes donc patiemment ce qui allait se

[1] Voyez à ce sujet l'excellente revue critique sur les *attaques de sommeil hystérique*, publiée par M. Gilles de La Tourette dans les *Archives de neurologie*, janvier et mars 1888.

passer. Après quelques minutes, nous vîmes sa face se congestionner, elle grinça des dents sans faire le moindre mouvement des membres et retomba dans l'inertie de la mort apparente. Rien, extérieurement, ne distinguait l'état dans lequel se trouvait la malade de l'état dans lequel elle avait été placée par la pression énergique des zones hypnogènes. Il y avait cependant une différence : dans l'état léthargoïde ordinaire, la pression ovarienne suffisait pour amener rapidement le réveil; dans l'état dans lequel se trouvait le sujet, la pression ovarienne restait inefficace. Je fis une foule de tentatives pour réveiller la malade : je comprimai ses ovaires, ses yeux, son épigastre; je cherchai à provoquer une crise convulsive par la pression des zones spasmogènes, vains efforts; Albertine restait toujours inerte, insensible à toutes les excitations. Je ne pus arriver à la tirer de cet état qu'en exerçant une compression prolongée sur les conduits auditifs.

Ainsi, Messieurs, le sommeil hypnotique provoqué artificiellement pendant la durée de l'aura de l'attaque de sommeil, n'empêche pas l'attaque de se produire; mais les caractères du sommeil spontané sont modifiés de telle sorte que *l'attaque met la malade dans un degré d'hypnose plus profond que celui dans lequel elle était placée antérieurement.* Si la malade est à l'état de veille normal quand survient l'attaque de sommeil, elle tombe en état cataleptoïde; si elle est en état cataleptoïde provoqué, elle tombe en état léthargoïde; si elle est en état léthargoïde, elle tombe dans un degré plus profond de léthargie.

Ces observations ne manquent pas d'intérêt. Elles prouvent que les différentes variétés de sommeil hystérique ne sont que des degrés d'un même état pathologique fondamental et qu'on peut artificiellement créer les conditions nécessaires à la production de telle ou telle de ces variétés. J'ai fait tout récemment, sur une autre de nos malades, une observation qui confirme pleinement cette manière de voir.

Pauline T... est sujette, depuis deux ans environ, à des attaques de sommeil spontané dans lesquelles elle présente les symptômes de l'état cataleptoïde les yeux fermés; mais elle n'avait jamais eu d'attaques de léthargie, et toutes les tentatives que nous avions faites pour la mettre en état léthargoïde avaient échoué.

C'est tout à fait par hasard et dans le cours d'une expérience destinée à déterminer d'autres phénomènes que la léthargie est survenue pour la première fois.

Le 19 décembre 1884, M. A..., qui joue fort agréablement du violon, voulut bien nous prêter son concours pour étudier les effets de la musique sur les hystériques en état de sommeil hypnotique. Dès qu'il commença à jouer devant Pauline, celle-ci parut ravie, et nous vîmes se produire avec une grande intensité le phénomène de la *prise de l'ouïe* et de l'*extase musicale*. La malade s'approchait du musicien, écartant violemment les obstacles qu'on cherchait à lui opposer et faisant tous ses efforts pour coller son oreille sur l'âme du violon. Tout à coup M. A..., gêné dans ses mouvements, exécuta un accord très discordant et s'arrêta. Pauline tomba aussitôt en état léthargoïde. Les jours suivants elle eut des attaques fréquentes de sommeil léthargoïde spontané. Elle tombait en général en état cataleptoïde, puis son visage prenait une expression de ravissement, elle s'agitait un moment en battant la mesure et tout à coup elle s'affaissait inerte en état léthargoïde.

Nous pensâmes alors que le souvenir de la scène du laboratoire n'était pas étranger à la production de ces attaques, et nous enjoignîmes à la malade, préalablement hypnotisée, de ne jamais plus penser à cette scène, de l'oublier complètement et pour toujours. La suggestion réussit très bien : les attaques de sommeil léthargoïde ne se reproduisirent plus.

L'identité de nature des diverses variétés des attaques de sommeil est encore démontrée par les observations dans lesquelles les malades passent spontanément, dans le courant d'une même attaque, par différentes formes des états hypnotiques. Une observation de ce genre a été communiquée en 1885, par M. Vizioli, au Congrès de l'Association médicale italienne, à Pérouse[1].

Il s'agit dans ce cas d'un jeune homme de vingt ans, névropathe et hystérique, atteint d'inversion de l'instinct sexuel et sujet depuis l'âge de dix-neuf ans à des attaques de sommeil spontané survenant à des intervalles variables, tantôt tous les jours, tantôt tous les quinze ou vingt jours seulement, et se composant toujours de quatre phases distinctes :

1° Une phase de léthargie lucide avec hyperexcitabilité neuromusculaire durant de dix à quinze minutes;

2° Une phase de convulsions toniques et cloniques;

[1] Vizioli, *Del morbo ipnotico (ipnotismo spontaneo autonomo) et delle suggestioni*. Lettura fatta nella sezione di Medicina e di Psichiatria e Medicina legale del XI Congresso dell' Associazione medica italiana in Perrugia, 18 settembre 1885 (*Giornale di neuropatologia*, anno III, 1885, p. 289).

3° Une phase de catalepsie, avec tous les phénomènes caractéristiques de cet état, durant également de dix à quinze minutes;

4° Une phase de somnambulisme, dont la durée était indéfinie, car elle ne se terminait que si on réveillait artificiellement le malade en lui soufflant sur les globes oculaires.

L'ensemble des faits dont vous venez d'entendre l'exposé vous permettra, je pense, de comprendre facilement la signification pathologique des attaques de sommeil hystérique.

MM. Charcot [1], Bourneville et Regnard [2], Paul Richer [3], Gilles de La Tourette [4], etc., considèrent les attaques de sommeil comme une forme incomplète de la grande attaque hystérique, forme dans laquelle les symptômes spasmodiques manquent complètement ou sont relégués au second plan, tandis que le sommeil joue le rôle principal ou exclusif. Je partage sans réserve cette opinion, du moins en ce qui concerne le cas particulier que nous venons d'étudier ensemble. Dans ce cas, en effet, l'aura qui précède le sommeil a d'étroites analogies avec l'aura qui précédait autrefois les attaques convulsives. Les mouvements de la tête et surtout le grand mouvement des bras sur lequel j'ai attiré votre attention sont évidemment les derniers vestiges des phases convulsives de la grande attaque. Rappelez-vous que ce mouvement spécial d'élévation des bras et de rapprochement des mains qui se produit aujourd'hui au début de chacune des attaques de sommeil, se montrait autrefois exactement avec les mêmes caractères à la fin de la phase clonique de chaque grande attaque convulsive. En outre, la phase post-convulsive de ces grandes attaques était accompagnée jadis de phénomènes psychiques et musculaires tout à fait identiques à ceux dont nous avons constaté l'existence pendant la durée de l'attaque de sommeil elle-même. Enfin, il ne faut pas oublier que la compression de l'ovaire gauche qui arrêtait instantanément les convulsions, fait cesser également l'hypnose spontanée.

Toutes ces raisons doivent suffire pour faire considérer l'attaque de sommeil spontané comme une forme partielle de la grande attaque convulsive hystérique.

[1] Charcot, *Leçon clinique inédite sur un cas de sommeil hystérique ayant duré du 22 décembre 1883 au 15 février 1884.*

[2] Bourneville et Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III.

[3] Paul Richer, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*. Paris, 1881, *passim*.

[4] Gilles de La Tourette, *Des attaques de sommeil hystérique* (*Archives de neurologie*, t. XV, janvier et mars 1888).

Quand elle est complète et régulière, la grande attaque hystérique se compose de trois périodes successives : 1° la période præ-convulsive, représentée par les auras; 2° la période convulsive, caractérisée par les contractions désordonnées des muscles; 3° la période post-convulsive, dont le sommeil hypnotique et le délire sont les principaux symptômes. Mais chacun des phénomènes, sensitifs, moteurs ou psychiques, qui font partie de l'attaque complète, peut survenir isolément et représenter à lui seul toute l'attaque. L'hypnose, en particulier, peut éclater brusquement, sans avoir été précédée de convulsions, et donner lieu à des attaques incomplètes dont la signification clinique est sinon identique, du moins *équivalente* à celle des attaques complètes et régulières.

CINQUANTE-QUATRIÈME LEÇON

DES ATTAQUES PSEUDO-SYNCOPALES

SOMMAIRE

I. Circonstances dans lesquelles se produisent les attaques pseudo-syncopales. Observation d'une malade sujette à des attaques pseudo-syncopales à forme léthargoïde. Discussion du diagnostic. L'évanouissement hystérique est une forme bénigne des attaques de sommeil.

II. Attaques pseudo-syncopales à forme cataleptique. Exemple.

III. Attaques pseudo-syncopales à formes multiples. Observation d'une malade sujette tantôt à des attaques léthargoïdes, tantôt à des attaques de léthargie lucide, tantôt à des attaques cataleptoïdes.

IV. Phénomènes éventuellement associés à l'évanouissement hystérique : auras, convulsions, délire. Exemple d'attaques léthargoïdes suivies de délire. Diagnostic et pronostic des attaques pseudo-syncopales.

MESSIEURS,

Parmi les hystériques qui se trouvent actuellement en traitement dans notre salle de femmes, plusieurs sont sujettes à des *évanouissements subits*. Tout à coup elles perdent connaissance, s'affaissent, restent pendant quelques instants immobiles, inertes, insensibles aux excitations extérieures, puis, brusquement, elles reviennent à elles et reprennent leurs occupations interrompues. Dans leur entourage, on dit qu'elles ont des syncopes, et de fait la description donnée par Briquet des *attaques d'hystérie avec syncopes*[1] s'applique très exactement aux phénomènes observés chez nos malades. Cependant il ne faudrait pas s'en laisser imposer par une terminologie trompeuse, et croire, sur la foi des auteurs, que ces évanouissements hystériques soient de véritables syncopes. Ainsi que vous allez le voir, ils n'ont ni la gravité, ni la valeur séméiologique, ni la signification clinique des syncopes vraies.

[1] Briquet, *Traite clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 331.

I

Les évanouissements hystériques ne sont pas rares. Ils surviennent dans les trois circonstances suivantes :

1° On les observe parfois chez les jeunes névropathes ou chez les hystériques avérés à la suite d'ébranlements nerveux de cause physique ou morale. Exemples : Théophile S..., ayant contracté vers l'âge de douze ans des habitudes de masturbation, avait, après le spasme vénérien, une perte de connaissance qui durait plusieurs minutes; Élisabeth R... était exactement dans le même cas, et depuis qu'elle est devenue adulte, il lui arrive souvent de s'évanouir à la fin du coït.

2° Dans le cours des grandes attaques hystériques, les convulsions sont souvent interrompues pendant un temps variable par des périodes de collapsus durant lesquelles les malades sont inertes, privés de connaissance, indifférents à ce qui se passe autour d'eux. Après quelques minutes de mort apparente, les convulsions reprennent et l'attaque continue son évolution. Ces évanouissements inter-convulsifs se manifestent avec plus ou moins de netteté dans près de la moitié des cas de grandes attaques hystériques. Mais, dans ces cas, et par le fait même de leur association aux convulsions, ils jouent un rôle assez effacé.

3° Les évanouissements hystériques se produisent chez certains sujets sans provocation immédiate et sans convulsions concomitantes. Ils constituent alors une sorte d'équivalent clinique de la grande attaque d'hystérie et méritent d'être décrits à part sous le nom d'*attaques pseudo-syncopales*. Ces attaques pseudo-syncopales dont nous allons nous occuper aujourd'hui ne sont d'ailleurs que des variétés des attaques de sommeil, ainsi qu'il est facile de le démontrer par l'analyse des symptômes qui les caractérisent. Procédons tout de suite à cette analyse, en commençant par les cas les plus simples.

Observation I. — *Évanouissements hystériques : attaques pseudo-syncopales à forme léthargoïde.* — Joséphine D..., brunisseuse, est âgée de vingt-deux ans.

Antécédents héréditaires : Père mort à cinquante ans de phtisie pulmonaire; c'était un homme sobre et doux. *Mère* morte à quarante-deux ans d'une maladie de matrice; elle était d'un caractère très emporté, mais n'avait pas d'attaques de nerfs.

Antécédents personnels : Jusqu'à l'âge de huit ans, Joséphine a joui d'une santé parfaite. A cette époque, elle a eu coup sur coup une fluxion de poitrine et une rougeole grave. Depuis lors, elle est restée sujette à des migraines fréquentes, à des névralgies intercostales, à des palpitations de cœur, à des vertiges et à des accès de dyspepsie. Réglée à quinze ans, elle s'est mariée deux ans plus tard et n'a eu ni enfants ni fausses couches. Depuis son mariage, elle a continué à avoir de temps en temps des douleurs d'estomac et des vomissements incoercibles, durant jusqu'à huit et dix jours consécutifs. Elle a eu également, à la suite de troubles menstruels, deux hémoptysies peu abondantes.

Début des accidents hystériques : Il y a trois ans, Joséphine, alors âgée de dix-neuf ans, fut victime d'un accident grave. Son avant-bras droit fut pris dans une machine, entre deux cylindres de bois hérissés de pointes d'acier. Il en résulta une large plaie qui mit à nu les tendons des muscles extenseurs du poignet et des doigts sur une étendue de huit centimètres carrés environ. La malade ne perdit pas connaissance, mais elle fut très épouvantée. Les jours suivants elle souffrit beaucoup de la plaie et ressentit des malaises nerveux indéfinissables : elle était agacée, elle avait envie de pleurer et se sentait toute changée. Enfin, le sixième jour elle fut prise d'étouffements, de strangulation, et eut une très grande attaque d'hystérie convulsive.

Depuis cette époque, il lui est arrivé fort souvent d'avoir des attaques de nerfs; de plus, elle est devenue sujette à des évanouissements. Il y a un mois, elle a eu à son atelier, après une discussion avec ses compagnes, une attaque convulsive plus violente que les autres, à la suite de laquelle elle est restée muette pendant trente-six heures. On l'a transportée à l'hôpital à cause de cet accident, et elle y est restée après la disparition du mutisme pour y subir un traitement général approprié à son état.

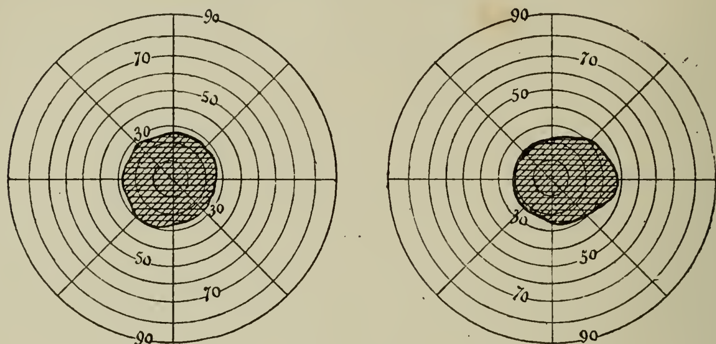
État actuel : Depuis qu'elle est à l'hôpital, Joséphine a eu, tous les huit jours environ, de grandes attaques convulsives. Ces attaques débutent toujours par un malaise général, avec tristesse et envie de pleurer, qui dure plusieurs heures. Puis, la malade éprouve des étouffements; elle sent comme un étau qui la serre à l'épigastre, et perd connaissance en poussant des cris aigus inarticulés. Les convulsions commencent aussitôt; elles sont franchement cloniques. On peut les arrêter par la compression énergique du creux épigastrique. Quand on laisse l'attaque évoluer sans rien faire pour l'arrêter, les convulsions durent près d'une heure. Elles se terminent sans passer par les phases d'attitudes passionnelles et d'hypnose post-convulsive.

Dans les intervalles de ces attaques, Joséphine va, vient et s'occupe comme une personne bien portante.

Elle a une zone d'hyperesthésie cutanée très vive au niveau de la cicatrice de la face dorsale du poignet gauche : la moindre pression sur cette région, le simple frôlement de l'épiderme donnent lieu à des douleurs d'une très grande acuité, mais ne provoquent pas d'attaques. Analgésie complète du pouce, de l'index et du médius gauche dans toute leur étendue (face

dorsale et face palmaire). Sur tout le reste du corps, la peau et les muqueuses ont conservé leur sensibilité normale. Pas d'achromatopsie ni de dyschromatopsie. Rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels *(fig. 25)*. Réflexe pharyngien conservé.

Fig. 25. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Joséphine D..



On trouve, sur différents points du corps, des zones spasmogènes très actives : les principales siègent sur le sommet du crâne, le milieu de la fourchette sternale, les creux poplités, la région ovarienne gauche. La pression énergique du creux épigastrique agit comme zone spasmo-frénatrice.

La malade est facilement hypnotisable par la fixation du regard, par l'audition de bruits monotones, par l'injonction impérative et par la pression de certaines zones hypnogènes situées sur les régions temporales et sur la région ovarienne droite. Par l'un ou l'autre de ces procédés, elle peut être mise en état cataleptoïde ou en état léthargoïde. Une zone hypno-frénatrice se trouve sur un point limité du sternum.

Rien d'anormal dans les grandes fonctions organiques. Le cœur n'est pas hypertrophié, ses battements sont bien frappés et réguliers. Les artères sont saines. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Une ou deux fois par jour en moyenne, Joséphine a des évanouissements subits. Ces évanouissements sont précédés par des malaises, des maux de cœur, des étouffements moins violents que ceux qui précèdent les attaques convulsives. Les prodromes durent quelquefois plusieurs heures. Puis, tout à coup, la malade s'affaisse sans pousser un cri, sans faire un mouvement. Si elle était debout, elle tombe sans connaissance; si elle était assise, elle glisse sur sa chaise et s'étend sur le sol. Elle y reste immobile, inerte comme un cadavre, étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle, pendant un quart d'heure environ; puis, tout à coup, elle revient à elle, ouvre les yeux, se relève et se remet au travail qu'elle exécutait avant son évanouissement. Durant la perte de connaissance, ses membres sont flaccides, sans hyperexcitabilité neuro-musculaire. Ses paupières sont fermées et agitées

par un petit frémissement continuel; si on les soulève, on constate que les globes oculaires sont fortement dirigés en haut et en dedans. Les mâchoires ne peuvent être écartées l'une de l'autre. La respiration est calme, silencieuse, régulière. Les battements du cœur sont normaux; le pouls conserve son énergie habituelle. La face n'est ni pâle ni vultueuse; il n'y a pas de transpiration. La malade semble dormir d'un profond sommeil. Elle est indifférente à toutes les excitations; elle ne réagit pas quand on la pique ou quand on la pince; elle ne paraît pas entendre ce qu'on lui dit. Si, pendant qu'elle est dans l'état qui vient d'être décrit, on exerce une compression sur la zone hyperesthésique de l'avant-bras gauche, elle pousse un cri étouffé, exécute deux ou trois mouvements cloniques et retombe dans l'inertie. Si l'on exerce une compression énergique sur l'ovaire droit (région spasmogène), on provoque l'explosion d'une attaque convulsive. Si, au contraire, on vient à comprimer la zone hypno-frénatrice du sternum, la malade reprend aussitôt connaissance. Elle se soulève sur son séant, pousse un profond soupir, ouvre largement les yeux, jette un regard étonné autour d'elle comme une personne qu'on réveille brusquement. Elle peut répondre tout de suite, avec une parfaite lucidité, aux questions qu'on lui pose; seulement elle ne peut donner aucun renseignement sur ce qu'on lui a dit ou fait pendant qu'elle était évanouie; elle n'en a aucune notion, aucun souvenir.

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'entreprendre une longue discussion pour établir que notre malade est une hystérique et pour démontrer que ses évanouissements sont tout simplement de petites attaques de sommeil à forme léthargoïde. L'hystérie se révèle par les caractères des attaques convulsives, par le rétrécissement concentrique des champs visuels, par l'existence de zones spasmogènes et hypnogènes. La nature des évanouissements ressort clairement de leur symptomatologie. Ils sont précédés par une aura, comme le sont habituellement les attaques de sommeil hystérique. Ils sont essentiellement caractérisés par une perte brusque de connaissance avec flaccidité complète des muscles et insensibilité aux excitations extérieures. Cela pourrait se produire également dans des attaques de sommeil à forme léthargoïde et dans des syncopes. Mais, s'il s'agissait de syncopes, les fonctions respiratoires et circulatoires subiraient des troubles profonds, car la syncope est par définition « une suspension subite et momentanée de l'action du cœur, avec interruption de la respiration, des sensations et des mouvements volontaires ». (Littré et Robin.) Or, chez notre malade, nous avons maintes fois constaté, pendant la durée de l'évanouissement, que la respiration ne s'arrêtait pas et que le cœur continuait à battre avec énergie.

Enfin, la persistance de l'activité des zones spasmogènes et la possibilité de ramener instantanément la malade à l'état normal, par la pression des zones hypno-frénatrices, donnent au diagnostic une certitude quasi-absolue.

II

Les petites attaques de sommeil qui déterminent les évanouissements hystériques n'ont pas toujours une symptomatologie aussi simple que chez la malade que nous venons de voir. Chez elle, les manifestations de l'hypnose transitoire appartenaient à la série léthargique; chez d'autres sujets, ils appartiennent à la série cataleptique ou à la série somnambulique. Une des malades qui s'est présentée jadis à notre consultation externe était sujette à des attaques pseudo-syncopales à forme cataleptique. Voici son observation :

Obs. II. — *Évanouissements hystériques : attaques pseudo-syncopales à forme cataleptique.* — Eugénie Ch..., femme de chambre, âgée de vingt-six ans.

Antécédents héréditaires : Son *père* et sa *mère* sont vivants. Ils sont tous deux sobres, mais excessivement violents. Ils n'ont jamais eu de maladies nerveuses. Un des *oncles* de la malade est épileptique, et sa *sœur,* âgée de vingt-quatre ans, est sujette depuis l'âge de quinze ans à de grandes attaques d'hystérie convulsive.

Antécédents personnels : Eugénie n'a eu pendant son enfance aucune maladie sérieuse. Elle était intelligente, douce, un peu capricieuse et d'une émotivité excessive. Pas d'accident d'hystérie infantile. Réglée à onze ans, elle a eu à quatorze ans, et après un bain froid, une suppression du flux menstruel qui a duré huit mois.

A seize ans, elle assista à une violente discussion entre son père et son oncle au sujet du mariage de sa sœur. Elle en fut toute bouleversée et pleura à chaudes larmes pendant deux jours entiers. Le soir du deuxième jour, étant à table avec sa famille, elle fut prise d'un tremblement général et eut une grande attaque de nerfs. Les jours suivants, le tremblement et les attaques se reproduisirent. Pendant deux mois, ils reparurent régulièrement tous les deux ou trois jours. Puis le calme revint et, durant cinq ans, Eugénie jouit d'une excellente santé.

A vingt et un ans, elle épousa un homme peu délicat qui, après avoir trompé sa famille sur sa véritable position, la rendit très malheureuse. Quelques mois après son mariage elle devint enceinte. Sa grossesse fut pénible. La malade avait des vomissements incoercibles et des émotions incessantes causées par la conduite et les violences de son mari. Elle n'eut

cependant pas d'attaques de nerfs, mais elle devint sujette à des *évanouissements*. Tout à coup, au milieu d'une conversation ou d'une occupation banale, Eugénie perdait complètement connaissance. Elle restait dans cet état quelques minutes, puis elle se réveillait spontanément et reprenait aussitôt ses occupations interrompues. A deux ou trois reprises la perte de connaissance a duré plusieurs heures consécutives.

Au huitième mois de la grossesse survinrent des attaques convulsives. Eugénie accoucha à terme d'un enfant mort-né. Quelques mois après elle eut une seconde grossesse qui se termina également par l'expulsion d'un fœtus macéré, mort, au dire de l'accoucheuse, depuis plus de quinze jours.

Après l'accouchement, Eugénie cessa d'avoir des convulsions et des attaques de sommeil. Mais six mois plus tard, à la suite de contrariétés éprouvées dans son ménage, les accidents se reproduisirent. Ils s'aggravèrent beaucoup il y a quelques mois, sous l'influence de grands chagrins causés par l'arrestation et la condamnation du mari de la malade à dix-huit mois de prison.

État actuel (juin 1884) : Eugénie est forte, vigoureuse, bien musclée. Elle présente une légère diminution de la sensibilité de la peau et des muqueuses sur toute la moitié droite du corps. Le réflexe pharyngien est aboli. Pas de dyschromatopsie ni de polyopie monoculaire. Pas de zones hystérogènes. L'exploration des champs visuels n'a pas été pratiquée.

La malade a de temps en temps, tous les mois environ, à l'époque des règles, une ou deux attaques convulsives. Mais elle se plaint surtout d'*évanouissements* survenant une quinzaine de fois par jour.

Ce que la malade appelle des *évanouissements* n'est autre chose que des *attaques de catalepsie*. Ces attaques surviennent brusquement, sans auras, sans malaises prémonitoires d'aucune espèce. Elles surprennent la malade n'importe où et à n'importe quel moment de la journée. Quand elles surviennent, Eugénie s'arrête immobile, les paupières largement ouvertes, le regard fixe, insensible aux excitations extérieures, étrangère à ce qui se passe autour d'elle. Elle ne s'affaisse pas sur elle-même et ne lâche pas les objets qu'elle tenait à la main. Si elle est surprise par l'attaque au moment où elle boit, elle reste le verre aux lèvres, sans broncher. Un jour elle a été saisie par la catalepsie pendant qu'elle était perchée sur une échelle pour accrocher un chaudron de cuivre à un clou; elle a gardé ce chaudron à bout de bras, pendant toute la durée de l'attaque, sans faire aucun mouvement. Si on lui parle, elle ne répond pas et ne paraît même pas entendre ce qu'on lui dit. Si on abaisse ses paupières ou si on la secoue brusquement, elle s'affaisse et tombe en léthargie. Quand on laisse l'attaque suivre son évolution naturelle, l'immobilité cataleptique dure quelques minutes, et la malade, reprenant tout à coup connaissance, continue la conversation commencée ou achève l'acte interrompu, sans éprouver aucune fatigue et sans paraître avoir conscience des incidents qui viennent de se produire, c'est-à-dire qu'elle n'a, à l'état de veille, aucun souvenir des événements survenus pendant la durée de ces petites attaques de sommeil cataleptique.

Soumise à un traitement hydrothérapique régulier, la malade a vu ses évanouissements devenir plus rares. Deux mois après, elle en était complètement délivrée. Je l'ai rencontrée au mois d'août 1885; elle était gaie, vigoureuse, bien portante et n'avait pas eu d'évanouissement depuis le mois de septembre de l'année précédente, c'est-à-dire depuis près d'un an.

III

Il peut arriver que plusieurs variétés différentes d'attaques pseudo-syncopales s'observent chez la même personne. Une de nos malades était sujette à trois formes distinctes de ces attaques : dans l'une elle tombait en état léthargoïde, dans l'autre en état de léthargie lucide, dans la troisième en état cataleptoïde les yeux fermés. Voici le résumé de son observation :

Obs. III. — *Évanouissements hystériques : attaques pseudo-syncopales à formes multiples.* — Adrienne B..., domestique, âgée de vingt-cinq ans.

Antécédents héréditaires : Son *père,* ivrogne incorrigible, est mort à cinquante-six ans d'un accident. Sa *mère,* âgée de cinquante-quatre ans, est une femme d'un caractère très vif, sujette depuis sa jeunesse à des attaques de nerfs. Un *frère* et une *sœur* de la malade n'ont pas d'accidents nerveux.

Antécédents personnels : Adrienne n'a eu pendant son enfance aucune maladie grave. Elle a toujours été taquine, sournoise, boudeuse et d'une impressionnabilité telle qu'une réprimande, un orage la rendait toute tremblante.

Réglée à treize ans, elle fut placée l'année suivante chez une vieille femme qui la faisait beaucoup travailler et lui donnait une nourriture insuffisante. Elle devint anémique et commença à ressentir au côté gauche du ventre une douleur fixe dont elle ne s'est jamais complètement débarrassée depuis.

Elle s'est mariée à seize ans et est devenue veuve trois ans plus tard, sans avoir eu d'enfants ni de fausses couches. Sa première attaque d'hystérie convulsive est survenue dans les circonstances suivantes : son mari était malade; elle le savait atteint d'une maladie de poitrine, mais elle ne croyait pas sa vie menacée. Une de ses voisines lui apprit brutalement qu'au dire du médecin, il était infailliblement perdu et qu'il succomberait avant huit jours. A cette nouvelle, Adrienne fut prise d'un tremblement nerveux auquel succéda une crise de sanglots et une grande attaque de nerfs qui dura toute la nuit. Les jours suivants, les attaques se reproduisirent. Son mari étant mort comme le médecin l'avait annoncé, elle eut pendant deux mois des attaques très violentes. Puis sa santé se rétablit peu à peu, les

attaques devinrent moins fréquentes ; elle put se placer en qualité de domestique dans une maison bourgeoise et accomplit régulièrement son service pendant six ans. Cependant, de loin en loin, elle avait des attaques de nerfs quand elle était fortement contrariée.

En janvier 1888 elle eut une fièvre typhoïde. Dans le cours de cette fièvre elle fut en proie à un délire intense. Elle voyait des animaux qui cherchaient à la dévorer, des personnages qui voulaient la battre. Dans la convalescence elle eut deux attaques convulsives analogues à celles auxquelles elle était devenue sujette après la mort de son mari. La première ne présenta rien de particulier; la seconde fut suivie d'une phase de sommeil léthargique qui dura plusieurs heures. La malade n'avait jamais eu jusque-là d'attaques de sommeil et n'avait jamais été soumise à des tentatives d'hypnotisation. A partir de ce jour, elle « s'évanouit » à tout propos. Chaque fois qu'on la levait pour faire son lit, elle s'affaissait et restait inerte pendant deux ou trois heures. Depuis qu'elle a repris ses forces, les évanouissements sont devenus moins fréquents, mais ils surviennent encore une ou deux fois par jour.

État actuel en juin 1889 : Adrienne est une jeune femme, grande, brune, bien musclée, jouissant des apparences extérieures de la santé. Elle ne se plaint que de ses attaques de nerfs, qui sont devenues assez rares pour ne plus l'inquiéter sérieusement, et de ses évanouissements, qui la préoccupent beaucoup.

Les *attaques de nerfs* sont des attaques hystériques vulgaires. Elles sont précédées d'une aura épigastrique. Les convulsions ont le type clonique; elles durent en général de une demi-heure à une heure. Elles cessent ordinairement sans être suivies d'hypnose post-convulsive. Elles peuvent être arrêtées à toutes les périodes de leur évolution par la pression d'une zone spasmo-frénatrice située sur le bord interne du poignet gauche. Les régions mammaires et ovariennes sont franchement spasmogènes.

Les *évanouissements* surviennent, avons-nous dit, deux ou trois fois par jour. Depuis quelques semaines, ils arrivent régulièrement à neuf heures du matin et à cinq heures du soir. Ils affectent trois types différents, dans lesquels la malade paraît être en état léthargoïde, en état de léthargie lucide ou en état cataleptoïde.

1° Attaques à forme léthargoïde. — Adrienne s'endort brusquement sans avoir éprouvé aucun prodrome. Elle est surprise n'importe où, perd immédiatement connaissance et tombe inerte sur le sol. Ses membres sont flasques, sans hyperexcitabilité neuro-musculaire. Ses paupières sont closes, animées d'un petit frémissement continuel. On éprouve une certaine difficulté à les écarter, et aussitôt qu'on les lâche, elles se referment. Les globes oculaires sont convulsés en haut et en dedans. Les excitations sensitives ne sont pas perçues, ou tout au moins elles ne provoquent aucune réaction appréciable. Le cœur continue à battre normalement. La respiration est lente, faible, mais régulière. Le retour à l'état normal a lieu brusquement quelques minutes après la chute initiale. Il peut être provoqué par la pression du bord interne du poignet gauche. Après son sommeil, la malade

ne se souvient de rien de ce qui s'est passé pendant qu'elle était évanouie. Elle ne ressent aucune fatigue et se remet tout de suite à travailler ou à causer avec ses voisines.

2° *Attaques à forme de léthargie lucide.* — La malade éprouve une sensation toute spéciale de malaise à l'épigastre. Des douleurs aiguës se font sentir dans l'estomac. Les membres deviennent le siège d'une faiblesse extrême avec courbature. Adrienne sent qu'elle va défaillir. Elle cherche à se cramponner aux objets qui l'entourent pour ne pas tomber, mais le sommeil l'envahit et elle s'affaisse doucement sur elle-même.

Quand elle est endormie, ses membres sont flasques; la pression des muscles et des nerfs ne provoque pas les contractions caractéristiques du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Les paupières sont fermées et tremblotantes. Dans cet état, la malade entend tout ce qu'on lui dit, sent tout ce qu'on lui fait, a conscience de tout ce qui se passe autour d'elle, mais elle est incapable de parler et de se mouvoir. Le réveil a lieu, comme dans la forme précédente, spontanément ou à la suite de la pression de la zone frénatrice du poignet gauche.

Revenue à l'état normal, Adrienne raconte ce qui s'est passé pendant qu'elle était endormie. Elle répète ce qu'on lui a dit, elle nomme les personnes qui lui ont parlé et qu'elle a reconnues au son de leur voix, elle indique les points de son corps qu'on a piqués ou touchés, etc.

3° *Attaques à forme cataleptoïde.* — Elles s'annoncent par une aura dont le premier et le principal symptôme est une sensation de constriction à la gorge. Cette sensation va en s'accentuant durant cinq à six minutes. Puis, la malade éprouve une sorte d'engourdissement général qui s'étend en quelques secondes à tout le corps. Elle a juste le temps de s'asseoir ou de se jeter sur son lit, et elle s'endort.

Quand elle est endormie, ses membres conservent les attitudes cataleptiques. Ses mâchoires sont serrées, ses paupières closes. Les piqûres de la peau ne paraissent pas perçues, mais le phénomène de l'haphalgésie est très net : le contact d'une pièce d'or donne lieu à un picotement analogue à celui que provoquerait un vésicatoire. L'argent, le cuivre, le fer ne produisent pas le même effet.

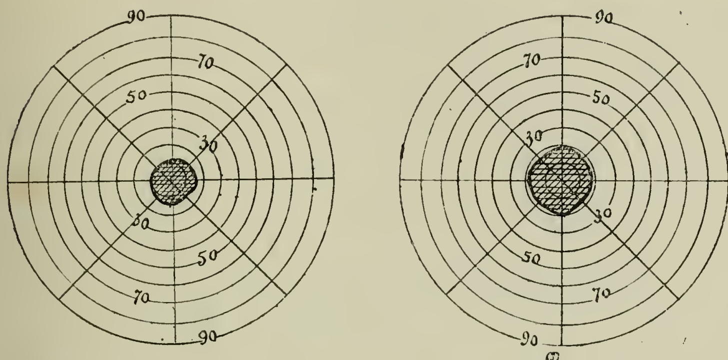
La malade répond aux questions qu'on lui pose. Elle accepte les suggestions et les exécute. Elle imite automatiquement les bruits qu'on fait auprès d'elle.

Les attaques de cette troisième variété cessent, comme les autres, par un retour brusque à l'état normal. La malade ouvre tout à coup les yeux et reprend sans transition ses occupations ordinaires. Elle ne se rappelle rien de ce qu'elle a dit ou fait pendant qu'elle était endormie. Le réveil peut être provoqué par la pression d'une zone hypno-frénatrice placée sur le bord interne du poignet gauche et dont les limites se confondent avec celles de la zone spasmo-frénatrice dont il a été question précédemment. La pression sur l'épigastre fait passer la malade à l'état léthargoïde.

Dans les intervalles de ces attaques, Adrienne présente peu de stigmates permanents. La sensibilité de sa peau et de ses muqueuses est normale; le

réflexe pharyngien est aboli; il n'y a pas de diathèse de contracture. Les champs visuels sont très rétrécis concentriquement, surtout celui du côté gauche (*fig. 26*). Il y a de la polyopie monoculaire. Pas de perversion du sens des couleurs.

Fig. 26. — Rétrécissement concentrique des champs visuels d'Adrienne B..



Après deux mois d'un traitement dans lequel l'hydrothérapie jouait le principal rôle, la malade a quitté l'hôpital n'ayant plus d'évanouissements ni d'attaques convulsives.

IV

Les évanouissements hystériques ont la même signification clinique que les attaques de sommeil dont ils constituent la variété la plus bénigne. C'est dire qu'ils représentent un fragment isolé, un épisode de la grande attaque d'hystérie. Tantôt ce fragment se présente seul, séparé de tous les autres phénomènes constitutifs de l'attaque hystérique complète et régulière; tantôt il est précédé, accompagné ou suivi de quelques-uns des symptômes qui font normalement partie de cette attaque.

Vous savez déjà, par les observations dont nous venons de prendre connaissance, que la pseudo-syncope hystérique est habituellement annoncée par des sensations prodromiques analogues sinon identiques à celles qui forment les auras des grandes attaques convulsives. Des observations recueillies et publiées jadis par M. Bouchut, il résulte que la perte de connaissance est assez souvent accompagnée de mouvements spasmodiques, de petites convulsions formant l'esquisse rudimentaire de la phase convul-

sive de l'attaque complète[1]. Enfin il peut arriver que l'évanouissement, précédé ou non par des auras et accompagné ou non par des convulsions, se termine par une phase délirante comme on l'observe souvent dans les attaques hystériques complètes. En voici un exemple très net :

Obs. IV. — *Attaques pseudo-syncopales suivies de délire.* — Anna G..., âgée de vingt et un ans, est entrée à l'hôpital Saint-André, salle 7, lit 32, le 26 octobre 1886.

Antécédents héréditaires : Son *père* est mort, à l'âge de cinquante-neuf ans, d'une maladie de la moelle épinière, probablement d'une ataxie locomotrice progressive. Il avait joui dans sa jeunesse d'une excellente santé. Il n'avait pas fait d'excès alcooliques. Sa *mère* est âgée de cinquante ans; c'est une femme nerveuse, impressionnable, ayant fort souvent des attaques de sanglots ou de rires incoercibles, et parfois de grandes attaques convulsives lorsqu'elle éprouve des contrariétés. Son *grand-père maternel* est mort de la poitrine. Sa *grand'mère maternelle* est âgée de quatre-vingts ans; elle n'a jamais eu de maladies sérieuses, mais elle a eu autrefois, comme sa fille et sa petite-fille, des attaques de nerfs très violentes.

Anna a eu sept frères ou sœurs dont six sont morts en bas-âge. Il ne lui reste qu'une sœur âgée de seize ans, d'une santé très délicate.

Antécédents personnels : Rien d'anormal jusqu'à seize ans. A cette époque, Anna est placée dans un atelier de couture et commet divers actes qui font craindre un dérangement de ses facultés intellectuelles. Elle s'éprend d'un grand amour pour ses compagnes et leur donne inconsidérément tout ce qu'elle possède : linges, argent, bijoux. Sa famille lui fait des remontrances, elle n'en tient aucun compte. On est obligé de tout serrer avec un soin extrême. Mais ces précautions ne suffisent pas. Elle se procure des fausses clés, force les armoires et les tiroirs, et distribue à ses compagnes tout ce qui lui tombe sous la main. Deux de ses amies abusent de ce penchant en lui empruntant de l'argent. Elle trouve cela tout naturel, vole trois cents francs à son père et porte intégralement la somme à ses amies. Sa famille, désolée, la fait entrer dans un couvent où elle reste six mois. Elle en sort débarrassée de sa manie de donner et de voler.

A dix-huit ans, ses parents veulent la marier contre son gré à un de ses petits-cousins. Elle refuse et soutient contre sa famille une lutte des plus ardentes, dans le courant de laquelle elle commence à avoir des attaques convulsives. Désespérant d'obtenir gain de cause, elle quitte sa famille et entre en qualité de demoiselle de compagnie au service d'une dame qui l'emmène à Marseille. Elle y fait la connaissance d'un jeune homme qui lui plaît et qu'elle épouse (mai 1886). Quelques mois après son mariage, l'orage

[1] Bouchut, *De la congestion nerveuse et de l'imitation dans leurs rapports avec la propagation des maladies nerveuses* (*Union médicale*, 1862). *De l'imitation produisant des syncopes convulsives* (*Gazette des hôpitaux*, 1er août 1863, p. 358).

tombe tout près de chez elle. Elle est très épouvantée. La nuit suivante elle ne dort pas. Le lendemain matin elle se sent malade; elle éprouve des suffocations, des palpitations de cœur, des tiraillements d'estomac. Finalement, elle tombe sans connaissance et reste « comme morte » pendant vingt minutes. Au bout de ce temps seulement, elle revient à elle. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux mois, elle a souvent des pertes de connaissance semblables à celle qui s'est produite le lendemain du jour où elle a été vivement impressionnée par l'orage.

État actuel en novembre 1886 : Anna G... est une femme brune, robuste, jolie et très intelligente. Elle aime beaucoup la lecture et passe la majeure partie de son temps à lire des romans.

La sensibilité cutanée est normale ainsi que celle des muqueuses, excepté celle des joues.

Les champs visuels ne sont pas rétrécis. Pas de dyschromatopsie. Réflexe pharyngien conservé.

Pas de troubles de la motricité. Pas de diathèse de contracture.

Rien d'anormal du côté des grands appareils organiques. Cœur sain. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Pas de zones spasmogènes ni hypnogènes. La malade n'est pas hypnotisable par la fixation du regard avec ou sans suggestion verbale.

Deux ou trois fois par jour, elle a des évanouissements qu'elle sent venir une demi-heure environ à l'avance. Elle éprouve tout d'abord des palpitations de cœur, puis des tiraillements d'estomac. Enfin, deux ou trois secondes avant la chute, elle éprouve une violente constriction des tempes. Cette sensation est suivie d'une perte brusque de connaissance. Anna s'affaisse sur elle-même et tombe sur le sol, inerte et insensible aux excitations extérieures. Elle reste dans cet état durant cinq ou six minutes. Pendant ce temps, le pouls est régulier, la respiration calme. Les paupières sont agitées d'un petit frémissement continuel. Les globes oculaires sont convulsés en haut et en dedans. Les membres sont flasques. Il n'y a pas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Les piqûres, les pincements ne sont pas perçus ou ne donnent lieu à aucune réaction. La malade paraît absolument étrangère à ce qui se passe autour d'elle.

Après cinq à six minutes, elle fait une forte inspiration. Ses yeux restent fermés, mais sa physionomie prend une expression qu'elle n'avait pas auparavant. Puis, elle se met à parler à haute voix, sans mouvoir ses membres. Elle raconte les événements qui ont autrefois frappé son imagination : la mort de son père, le début de sa maladie, etc. Parfois elle semble s'adresser à un interlocuteur imaginaire et converser avec lui. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Elle n'accepte pas les suggestions. Elle est, en somme, en *état oneirique*. Après huit ou dix minutes de ce rêve parlé, elle se réveille subitement. Elle ne sait pas ce qui lui est arrivé et ne se souvient de rien de ce qu'elle a dit.

Amélioration rapide par un traitement hydrothérapique régulier. La malade a quitté l'hôpital à la fin de 1886. Elle n'a pas été revue depuis cette époque.

Tous ces faits établissent nettement la nature des attaques pseudo-syncopales et montrent, à n'en pas douter, qu'elles représentent un fragment détaché de la grande attaque hystérique. Aussi n'ont-elles pas la gravité qu'auraient de vraies syncopes. Quelque fréquentes qu'elles soient, elles ne mettent jamais en danger les jours des malades, et d'ordinaire elles guérissent assez facilement par un traitement approprié, c'est-à-dire par l'ensemble des moyens qu'on emploie d'ordinaire dans le traitement général de l'hystérie.

Leur diagnostic est en général très facile. Pour ne pas les confondre avec de véritables syncopes, il suffira de constater l'intégrité des fonctions respiratoires et circulatoires pendant la durée des attaques. Pour les rapporter à leur véritable origine, on n'aura qu'à étudier les commémoratifs des malades et à procéder à la recherche régulière des stigmates hystériques.

CINQUANTE-CINQUIÈME LEÇON

DES ATTAQUES DE CONTRACTURE

SOMMAIRE

I. Définition des attaques de contracture. Il en existe deux variétés bien distinctes : 1° les attaques de contracture hystérique simple; 2° les attaques de contracture hystéro-hypnotique.

II. Exemple d'attaques de contracture hystéro-hypnotique. Discussion du diagnostic.

III. Autre exemple d'attaques de contracture hystéro-hypnotique. Analyse des phénomènes hypnotiques associés à la rigidité musculaire.

IV. Loi de la persistance des contractures hypnotiques après le réveil. Modifications à apporter à cette loi. Essai de dissociation expérimentale des phénomènes de l'hypnose spontanée et des phénomènes musculaires caractérisant les attaques de contracture hystéro-hypnotique.

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui des attaques de contracture, ou plutôt d'une variété particulière et peu connue de ce genre d'attaques, dont nous avons eu tout récemment un bel exemple dans le service.

I

On réunit sous le nom d'*attaques de contracture* les cas dans lesquels la rigidité générale ou partielle des muscles se montre, chez les hystériques, sous la forme d'accès intermittents, à la place de la grande attaque convulsive.

Il en existe deux formes distinctes.

Dans l'une, la rigidité musculaire constitue à elle seule tout l'épisode morbide; dans l'autre, la contracture coïncide avec les symptômes ordinaires de l'hypnose spontanée.

La première a été soigneusement étudiée par M. Paul Richer, qui en donne la description suivante :

« Tout d'un coup, ou après quelques-uns des phénomènes de l'aura hystérique, la malade sent ses membres se raidir soit simultanément, soit successivement... La malade se trouve ainsi immobilisée dans une *attitude* qui peut varier, mais qui le plus souvent est caractérisée par la prédominance de l'extension. Le corps repose dans le décubitus dorsal, les deux membres supérieurs collés au tronc, les doigts fléchis et les deux membres inférieurs rapprochés l'un contre l'autre, le pied en équin direct, les orteils fléchis. La tête, droite et renversée en arrière, s'enfonce dans les oreillers.

» Cette attitude d'extension peut se modifier de diverses façons. Ainsi, parfois, les bras étendus se placent perpendiculairement au corps, lui donnant alors l'attitude du *crucifiement*. D'autres fois les bras demeurent élevés, les deux membres inférieurs s'écartent, et les quatre membres figurent ainsi un X...

» Le *degré* de la contracture peut arriver au point qu'il est complètement impossible de faire exécuter aux membres le plus petit mouvement. D'autres fois les mouvements communiqués sont possibles dans une certaine mesure ; mais le membre déplacé reprend sa position première aussitôt qu'il est abandonné...

» L'état de la *sensibilité* des membres contracturés est variable. Elle demeure ce qu'elle était en dehors des attaques, ou s'exagère dans le même sens... Pour ce qui est des *sensations musculaires,* elles se bornent le plus souvent à un sentiment de raideur et de tension qui est gênant plutôt que douloureux...

» Enfin, un des caractères les plus remarquables de ces sortes d'attaques de contracture est la *conservation complète de l'intelligence,* qui permet à la malade de se rendre parfaitement compte de toutes ses impressions pendant tout le temps que dure l'attaque [1]. »

Ces attaques sont parfois accompagnées de secousses épileptoïdes, ou même de véritables accès épileptiformes, dans les intervalles desquels la contracture généralisée persiste et la connaissance est conservée. M. Paul Richer rapporte deux observations très nettes appartenant à cette variété [2].

La seconde forme des attaques de contracture, celle sur laquelle je désire appeler aujourd'hui votre attention, est à peine signalée par les auteurs classiques. Elle diffère surtout de la précédente parce que les malades tombent dans l'état de sommeil hypnotique en même temps que leurs membres sont envahis par la rigidité

[1] Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie,* 2e édit. Paris, 1885, p. 245.
[2] Paul Richer, *op. cit.,* p. 190.

musculaire. M. Paul Richer en a certainement vu des exemples, car il dit que, dans certains cas, les malades perdent connaissance et ne gardent aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant leurs attaques[1]. Il cite même une observation dans laquelle l'attaque de contracture était compliquée par des phénomènes d'extase. Mais nulle part, à ma connaissance, il n'existe une description régulière de cette variété d'attaques hystéro-hypnotiques. Ses caractères sont cependant bien tranchés, ainsi que vous pourrez en juger par les exemples qui vont suivre.

II

Nous avions, il y a quelques semaines, à la salle 7, une jeune femme que je vous ai souvent montrée, le matin à la visite, en état d'attaque de contracture hystéro-hypnotique. Son histoire est fort intéressante, et je vais vous la rappeler en profitant des notes recueillies sur elle par notre dévoué chef de clinique, M. le Dr Blanc-Fontenille.

Observation I. — *Attaques de contracture hystéro-hypnotique.* — Angèle D..., âgée de vingt-cinq ans, est entrée à l'hôpital le 12 mars 1889.

Antécédents héréditaires : Son *père* est âgé de soixante-deux ans; il n'est ni violent ni ivrogne; il a toujours joui d'une excellente santé. Sa *mère* est une brave campagnarde, robuste, sobre, n'ayant jamais eu de maladies de nerfs. Angèle a six *frères* ou *sœurs,* tous bien portants, sauf une sœur qui a eu, à diverses reprises, des attaques de nerfs.

Antécédents personnels : Jusqu'à l'âge de dix-sept ans, santé parfaite. A cette époque, Angèle était bien développée, mais elle n'avait pas encore été réglée. Elle fut prise de douleurs dans le ventre, de coliques utérines très intenses. Ces douleurs survenaient une ou deux fois par jour. Elles remontaient au creux de l'estomac et provoquaient une sensation pénible de strangulation. Alors la malade perdait connaissance et avait, pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, des mouvements désordonnés du tronc et des membres. Ces accidents durèrent huit mois, puis les règles s'établirent, et, à partir de leur apparition, Angèle jouit pendant trois ans consécutifs d'une très bonne santé.

A vingt et un ans elle se maria. Quelques mois après, elle était enceinte. Dès le début de la grossesse, elle commença à avoir des accidents étranges. La lumière du jour l'incommodait à tel point qu'elle passa trois mois enfermée dans sa chambre, sans ouvrir les volets. Plus tard, elle eut des

[1] Paul Richer, *op. cit.*, p. 252.

vomissements incoercibles qui durèrent trois mois. Enfin, dans les derniers temps de la grossesse, elle eut deux grandes crises convulsives.

Elle accoucha à terme d'un enfant vivant. Au commencement du travail, elle eut des convulsions très violentes; puis elle tomba dans une sorte de sommeil léthargique dans lequel elle était inerte et insensible. On put lui mettre le forceps sans qu'elle s'en aperçût. Les suites de couches furent normales. Elle nourrit elle-même son enfant, et pendant dix-huit mois elle n'eut aucun accident nerveux.

En juin 1888 elle devint enceinte pour la seconde fois, et les accidents reparurent aussitôt. Un jour, pendant qu'elle était occupée à faner du foin dans un champ, elle éprouva une douleur vive dans le bas-ventre. Elle voulut résister, mais la douleur se fit sentir à l'épigastre, monta à la gorge et aboutit à une grande attaque convulsive, suivie elle-même d'un état de mal hystéro-épileptique qui ne dura pas moins de dix-sept jours. Elle guérit de ces accidents; mais, à partir de ce moment, elle devint sujette à des attaques de contracture. Tout à coup, elle sentait quelque chose qui lui tirait les yeux, perdait connaissance et restait « raide comme une planche » pendant deux ou trois heures consécutives, sans que rien pût la faire revenir à elle. Un médecin ayant eu l'idée de pratiquer un jour une injection de morphine pendant qu'elle était dans cet état, la contracture cessa brusquement. Depuis lors on emploie ce moyen, toujours avec succès.

L'accouchement eut lieu à terme, sans nouveaux accidents; mais les attaques de contracture ont persisté après la délivrance, et c'est à cause d'elles que la malade est entrée à l'hôpital.

État actuel, mai 1889 : Angèle est une femme de grande taille, robuste, bien musclée. Elle paraît intelligente et répond très nettement aux questions qu'on lui pose.

Elle ne se plaint de rien autre chose que de ses attaques de contracture dont la fréquence la préoccupe et l'empêche de se livrer à aucun travail régulier.

Ces attaques surviennent jusqu'à quatre et cinq fois par jour. Elles débutent brusquement. Tout à coup, sans provocation extérieure, la malade éprouve des tiraillements dans les membres. Elle sent ses yeux tirés en haut. Puis, en quelques secondes, tous ses muscles se raidissent, ses paupières se ferment et elle perd connaissance sans pousser de cri et sans avoir de mouvements convulsifs.

La malade ne paraît pas entendre ce qu'on lui dit. Les suggestions sont sans effet. La respiration est faible, lente, régulière. Le pouls est normal.

La durée moyenne de l'attaque est de deux heures. Aucune excitation extérieure ne l'arrête. La pression des ovaires, de l'épigastre, des globes oculaires, des opercules des oreilles, etc., n'en modifie pas les symptômes. Les injections de morphine (un ou deux centigrammes) abrègent seules leur durée.

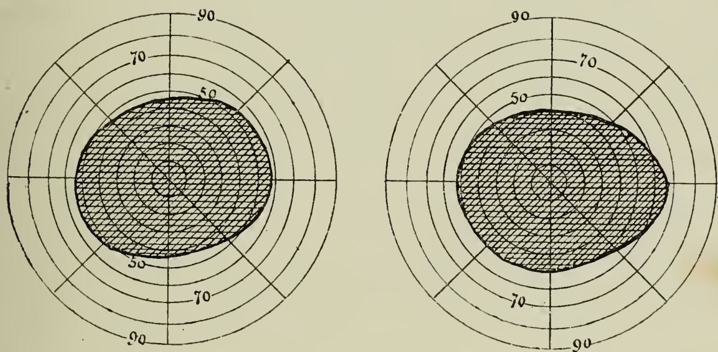
Quand l'attaque va cesser, Angèle fait une inspiration profonde, ouvre les yeux et reprend brusquement connaissance. Elle ne garde aucun sou-

venir de ce qu'on lui a fait ou dit pendant qu'elle était contracturée. Elle éprouve une fatigue générale qui se dissipe assez rapidement. Si on vient à l'examiner pendant l'attaque, on constate les particularités suivantes :

Tous les muscles de la vie de relation sont contracturés. Les membres sont dans l'extension forcée. Quand on cherche à les fléchir, on éprouve une résistance presque invincible. En prolongeant l'effort, on arrive bien à déplacer un peu leurs différents segments; mais aussitôt qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils reprennent leur position première. Le tronc ne peut être soulevé que tout d'une pièce. La tête ne peut être portée à droite ni à gauche. Les paupières sont convulsivement fermées; les mâchoires sont si fortement serrées qu'il est impossible de les écarter l'une de l'autre. La sensibilité cutanée paraît abolie. Les piqûres, les pincements ne sont pas perçus ou ne donnent lieu à aucune réaction.

Dans les intervalles de ces attaques, la malade est gaie. Sa sensibilité cutanée est parfaitement normale. Ses champs visuels sont rétrécis *(fig. 27)*. Réflexe pharyngien conservé. Pas de zones spasmogènes ni hypnogènes.

Fig. 27.



Quand on cherche à hypnotiser la malade par la fixation prolongée du regard, on provoque une contracture généralisée semblable à celle qui se produit pendant les attaques, contracture qu'on ne peut faire cesser qu'en pratiquant une injection de morphine.

Les grands appareils organiques sont normaux. L'utérus est sain.

La malade, soumise à un traitement hydrothérapique sévère, a été assez rapidement améliorée. Elle a quitté l'hôpital dans les premiers jours de juin. Elle n'était pas encore complètement guérie, mais elle n'avait plus qu'une ou deux attaques par semaine, au lieu de quatre ou cinq par jour.

L'histoire de cette malade est instructive à plusieurs points de vue. Elle peut être citée parmi les cas, assez rares du reste, dans lesquels le développement de l'hystérie est manifestement lié à l'évolution de la fonction génitale. Angèle D... a eu pour la pre-

mière fois des accidents hystériques graves à l'occasion d'un retard dans l'apparition de la menstruation. Après trois ans de calme complet, les accidents reparaissent dans le cours d'une première grossesse. Ils se dissipent après la délivrance et recommencent dix-huit mois plus tard, quand la malade devient enceinte pour la seconde fois. Le rapport de causalité (ou tout au moins de coïncidence) entre l'irritation fonctionnelle de l'appareil utéro-ovarien et l'explosion des orages hystériques est, dans ce cas, aussi évident que possible.

Mais ce n'est pas le moment de nous arrêter sur cette question d'étiologie. L'incident qui doit nous occuper, c'est l'*attaque de contracture*. Elle était chez Angèle D... d'une netteté parfaite. Tous les muscles du corps devenaient rigides dès le début de l'attaque et restaient durs et tendus jusqu'à sa terminaison. Cependant, la contracture n'était pas le seul symptôme observé. La malade perdait complètement connaissance; elle ne sentait pas les excitations sensitives; elle ne se rappelait pas, après la crise, ce qu'on lui avait fait ou dit pendant sa durée.

Ces troubles psycho-sensoriels ne sauraient être rattachés à la contracture généralisée. Ils doivent dépendre d'une autre cause. Une personne quelconque immobilisée par la rigidité de tous ses muscles, pourra bien être dans l'impossibilité de réagir si on vient à piquer sa peau, de répondre si on lui parle; mais, une fois débarrassée de la contracture qui l'empêchait de se mouvoir, elle se rappellera qu'on l'a piquée et se souviendra de ce qu'on lui a dit ou fait antérieurement. Si les choses se passaient autrement chez notre malade, c'est qu'elle se trouvait en état d'hypnotisme pendant que ses muscles étaient contracturés. Pour donner à ses attaques un nom en rapport avec la complexité de leur symptomatologie, on doit les appeler : *attaques de sommeil avec contracture*, ou *attaques de contracture hystéro-hypnotique*.

III

Les symptômes de l'hypnose associée à la rigidité musculaire sont souvent beaucoup plus nets que dans le cas précédent. Exemple :

Obs. II. — *Attaques de contracture hystéro-hypnotique*. — Marie H..., âgée de quinze ans, papetière, est entrée à l'hôpital Saint-André le 2 février 1887.

Antécédents héréditaires : Père, mort d'accident à cinquante-deux ans, était un homme laborieux, d'humeur paisible et de mœurs irréprochables; il ne s'enivrait jamais et jouissait d'une bonne santé. *Mère,* âgée de cinquante ans, n'a jamais souffert des nerfs; elle est intelligente, affectueuse et d'un caractère très doux.

Antécédents personnels : Marie est fille unique. Elle a eu dans son enfance des déformations rachitiques des membres inférieurs et, plus tard, des manifestations strumeuses. Elle n'a pas eu d'accidents névropathiques. Elle n'est pas encore menstruée.

Il y a dix-huit mois (septembre 1885), ses parents la mirent en apprentissage dans un atelier de papeterie. Quelques jours après, une de ses compagnes eut dans l'atelier une attaque de nerfs des plus violentes. Marie fut épouvantée par les cris et les contorsions de sa compagne. Elle s'enfuit affolée et rentra chez sa mère, toute tremblante d'émotion. Les jours suivants elle refusa de revenir à l'atelier. Elle était agacée, irritable, nerveuse. Elle dormait mal; son sommeil était interrompu par des cauchemars terrifiants. Enfin, une nuit, elle fut prise par une grande attaque de nerfs, caractérisée par des cris aigus et des mouvements désordonnés des membres. Les convulsions durèrent deux heures; puis, tout à coup, la petite malade cessa de s'agiter et resta « comme morte » pendant une bonne heure. On lui jeta de l'eau sur le visage, on la frictionna, on lui appliqua des sinapismes sur les membres inférieurs, rien n'y fit. Elle paraissait étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle, et revint brusquement à elle quand on désespérait de la sauver. Une fois réveillée, elle ne se rappelait rien de ce qui s'était passé durant l'attaque.

Les jours suivants, Marie eut plusieurs attaques convulsives semblables à celle dont il vient d'être question. En février 1886, on l'envoya à la campagne. Elle s'y trouva bien. Les attaques convulsives devinrent plus rares et disparurent, mais elles furent remplacées par des attaques de sommeil qui seront décrites plus loin.

État actuel, le 10 mars 1887 : Marie H... est une fillette de très petite taille, dont les jambes sont fortement incurvées par le fait de déformations rachitiques. Elle est peu intelligente. Elle n'a pas encore été réglée.

Anesthésie cutanée en îlots très irrégulièrement disséminés sur toute la surface du corps. Anesthésie de la moitié gauche de la langue, de la joue gauche, des fosses nasales, des conduits auditifs externes. Perte presque complète du goût et de l'odorat. La vision est normale. Le champ visuel n'a pas été mesuré. Pas de diathèse de contracture. Sens musculaire intact. Réflexe pharyngien conservé. Pas de zones spasmogènes.

Les attaques pour lesquelles elle est entrée à l'hôpital survenaient primitivement deux ou trois fois par jour. Elles sont moins fréquentes aujourd'hui, mais elles se reproduisent encore une ou deux fois par semaine. Elles débutent soudainement, sans prodromes éloignés. Au milieu de la journée, pendant l'accomplissement d'un travail quelconque, la malade éprouve un

malaise indéfinissable. Elle sent qu'elle va se trouver mal. Elle se dirige rapidement vers son lit, s'étend et perd aussitôt connaissance. Elle reste immobile pendant un laps de temps qui varie de dix minutes à une heure, puis elle se réveille, se frotte les yeux et reprend ses occupations.

Tant que dure la perte de connaissance, tous ses muscles sont contracturés. Les paupières sont closes, les mâchoires serrées, le tronc et le cou rigides comme des barres de fer. La sensibilité cutanée est abolie. La malade entend cependant ce qu'on lui dit et y répond par monosyllabes. Il est possible de lui donner par suggestion quelques hallucinations sensorielles. Les suggestions à échéances ne sont pas exécutées. La pression énergique de l'ovaire ou du mamelon du côté gauche fait cesser immédiatement la contracture et ramène brusquement la malade à l'état de veille normal. Après la cessation de l'attaque, il ne reste aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant sa durée.

Avant d'entrer à l'hôpital, Marie H... n'avait été soumise à aucune tentative d'hypnotisation. En prenant son observation, on s'est aperçu qu'elle était facilement hypnotisable par la fixation du regard, par l'audition d'un bruit monotone, par la suggestion verbale et par la pression de deux zones hypnogènes placées l'une sur le milieu de l'os frontal, l'autre sur la racine du nez. Quel que soit le procédé employé pour provoquer l'hypnose, la malade présente dans le sommeil artificiel la même série de symptômes que dans ses attaques de contracture : tous ses muscles sont rigides, elle accepte quelques suggestions et ne se souvient, après le réveil, de rien de ce qui lui est arrivé quand elle était endormie.

Les preuves démontrant, dans ce cas particulier, l'intervention de l'hypnose dans la symptomatologie des attaques de contracture sont, ce me semble, d'une parfaite netteté. Elles reposent sur les particularités suivantes :

1° La malade, immobilisée par la rigidité des membres et du tronc, entend cependant ce qu'on lui dit et peut y répondre par monosyllabes;

2° Pendant l'attaque, on peut lui faire accepter quelques suggestions;

3° Lorsqu'elle est éveillée, les manœuvres hypnogènes provoquent chez elle un état de sommeil hypnotique accompagné de rigidité musculaire, qui ressemble absolument à l'état dans lequel se trouve la malade quand elle est prise par ses attaques spontanées;

4° Qu'il soit spontané ou provoqué, cet état de sommeil avec contracture cesse brusquement par la pression de l'ovaire gauche ou du mamelon gauche;

5° Une fois revenue à l'état de veille normal, la malade n'a aucun

souvenir de ce qui s'est passé pendant qu'elle était endormie et contracturée.

Cet ensemble de preuves est convaincant et ne peut laisser de place à aucune hésitation légitime.

IV

Il est très facile de provoquer artificiellement, chez beaucoup d'hystériques hypnotisables, un état complexe caractérisé par l'association des symptômes de l'hypnose avec la contracture généralisée, et semblable à celui qui se produit spontanément dans les attaques de contracture hystéro-hypnotique. L'un des procédés qu'on peut employer pour arriver à ce résultat consiste à déterminer, par l'excitation légère de la peau, des contractures diffuses et intenses sur un sujet préalablement placé en état somnambulique ou en état cataleptoïde. L'expérience est facile à réaliser, et je vais vous en rendre témoins.

Je mets Paule C..., par la fixation du regard, en état cataleptoïde. Puis, je souffle légèrement sur ses membres. Petit à petit, la contracture s'établit, s'étend, se généralise. En ce moment, tout le corps de la malade est rigide. Les yeux sont fermés, les mâchoires serrées; les bras, étendus le long du corps, ne peuvent en être écartés; les jambes, rapprochées l'une de l'autre, sont dans l'extension forcée. Je parle à la malade, elle ne répond pas; je la pique, elle ne manifeste aucune douleur. Elle offre, en somme, les mêmes symptômes que nous avons constatés chez Angèle D..., pendant ses attaques de contracture hystéro-hypnotique. Il y a pourtant une différence qui mérite d'être signalée, c'est que, chez Angèle D..., nous n'avons jamais pu arrêter l'attaque par des excitations extérieures, tandis que, chez Paule C..., nous pouvons faire cesser le sommeil et la contracture par la compression de l'ovaire droit ou par l'insufflation brusque sur les globes oculaires. En voici la preuve : je comprime la région ovarienne droite de notre malade, et vous voyez que Paule se réveille brusquement, sans conserver la moindre trace de la rigidité qui immobilisait ses membres quand elle était endormie.

Cette disparition de la contracture coïncidant avec le retour à l'état de veille ne se produit pas chez tous les malades. La plupart des auteurs affirment même que lorsque après avoir provoqué des

contractures locales ou diffuses sur un sujet en état d'hypnotisme, on réveille ce sujet sans avoir au préalable fait disparaître la contracture, celle-ci persiste après le réveil. Je crois pouvoir vous fournir l'explication de cette apparente contradiction entre le fait positif que nous venons de constater et les affirmations très catégoriques des observateurs qui se sont occupés avant nous de la question des rapports des contractures avec l'hypnose expérimentale :

Quand j'ai voulu étudier cette question, je me suis trouvé fort embarrassé à cause de la variabilité des résultats que j'obtenais. Tantôt les contractures provoquées dans l'état cataleptoïde se dissipaient d'elles-mêmes au moment où cessait le sommeil, tantôt elles persistaient après le réveil. Ces différences d'effet devaient nécessairement avoir leur raison d'être dans les conditions variables des expériences. Je m'attachai alors à déterminer sur un même sujet (c'était la nommée Jeanne M... qui servait surtout à ces expériences) les circonstances dans lesquelles les contractures persistaient après le réveil et celles dans lesquelles elles cessaient avec le sommeil. En multipliant les observations, je ne tardai pas à constater que les contractures provoquées chez cette malade persistaient toujours après le réveil, lorsque le réveil était produit par la pression des zones hypno-frénatrices, par l'audition de bruits soudains ou par l'injonction impérative, tandis qu'elles cessaient brusquement en même temps que le sommeil, lorsque le réveil était produit par l'insufflation brusque sur le visage. Cette constatation me conduisit à supposer que la différence des résultats obtenus devait tenir à ce que l'insufflation sur le visage agissait à la fois sur les contractures et sur le sommeil hypnotique, sans qu'il y ait pour cela une subordination nécessaire entre les deux effets simultanés.

Pour vérifier cette hypothèse, je fis les expériences suivantes :

1° Je suggérai à Jeanne que l'insufflation sur le visage ne la réveillerait plus. Puis, ayant provoqué, pendant qu'elle était en état cataleptoïde, une contracture intense de tous ses membres, je lui soufflai brusquement sur le visage. Aussitôt la contracture disparut sans que la malade se réveillât ;

2° Ayant provoqué des contractures diffuses des muscles de Jeanne à l'état de veille, je constatai que ces contractures cessaient tout à coup par l'insufflation sur le visage.

Il était dès lors évident que ce n'était pas le passage de l'état

hypnotique à l'état de veille qui, dans nos expériences précédentes, faisait cesser la contracture, mais que le procédé employé pour provoquer le réveil avait deux effets différents pouvant se produire simultanément : 1° la cessation du sommeil hypnotique; 2° la disparition des contractures provoquées dans ce sommeil.

En somme, la loi d'après laquelle les contractures hypnotiques persistent après le retour à l'état normal, doit être modifiée, ou mieux, complétée, par quelques réserves. On pourrait la formuler dans les termes suivants : *Les contractures provoquées dans l'état hypnotique persistent après le réveil, à moins que les procédés employés pour déterminer le réveil n'aient en même temps une action frénatrice sur les contractures, auquel cas l'hypnose et la rigidité musculaire cessent subitement au moment du réveil.*

Profitant de ces données, j'ai cherché plusieurs fois à faire cesser isolément chez celles de nos malades qui sont sujettes à des attaques de contracture hystéro-hypnotique soit le sommeil hypnotique, soit la contracture généralisée. Je n'y ai pas encore réussi. Chez Angèle D..., aucune excitation extérieure ne modifie brusquement les symptômes de l'attaque, et chez Marie H... la pression des zones frénatrices de l'ovaire ou du mamelon gauche ont toujours fait cesser à la fois le sommeil et la contracture. Je suis convaincu cependant que, chez d'autres malades, on pourrait agir isolément sur l'un ou l'autre de ces phénomènes, et démontrer ainsi, par voie de dissociation expérimentale, que les attaques de contracture sont, dans un certain nombre de cas, des attaques de sommeil, avec contracture surajoutée aux phénomènes propres de l'hypnose spontanée.

CINQUANTE-SIXIÈME LEÇON

DE L'AUTOMATISME AMBULATOIRE SOMNAMBULIQUE

SOMMAIRE

I. Définition de l'automatisme ambulatoire. Observation clinique d'un malade atteint de cette affection. Récit de ses aventures.

II. Analyse des phénomènes prodromiques des accès. Oubli, à l'état de veille, de certains incidents des fugues. Rappel, dans l'état hypnotique provoqué, des souvenirs effacés à l'état de veille. Diagnostic.

III. Cas analogues rapportés par MM. Constans, Mesnet, J. Voisin, Proust.

IV. Automatisme ambulatoire déterminé par suggestion. Identité des phénomènes observés chez notre malade et chez les sujets hypnotisables auxquels on a ordonné d'accomplir, à un moment donné, un voyage déterminé.

MESSIEURS,

Le malade que je vais vous présenter n'est pas un inconnu pour la plupart d'entre vous. Il est entré à plusieurs reprises dans notre service. Son observation, soigneusement recueillie sous ma direction, en 1886, par M. Bombart, a été publiée par M. Tissié dans son intéressante thèse de doctorat sur les *Aliénés voyageurs,* et complétée dans un travail plus récent du même auteur sur les *Rêves* [1]. Elle constitue un document très important relatif à un état morbide curieux dont l'histoire est encore incomplète : l'automatisme ambulatoire.

I

On désigne sous ce nom d'*automatisme ambulatoire* un syndrome pathologique survenant sous forme d'accès intermittents pendant lesquels certains malades, entraînés par une impulsion irrésistible, quittent leur domicile et entreprennent des courses ou

[1] Tissié, *Les aliénés voyageurs.* Th. doct., Bordeaux, 1887. — *Les rêves.* 1 vol. in-16, Paris, 1890.

des voyages qu'aucun motif raisonnable ne justifie. Quand l'accès est terminé, ces malades sont tout surpris de se trouver sur une route qu'ils ne connaissent pas ou dans une ville étrangère. Ils reviennent chez eux, jurant leurs grands dieux qu'ils ne quitteront plus leurs pénates; mais un nouvel accès provoque bientôt une nouvelle fugue.

L'automatisme ambulatoire n'est certainement pas une maladie autonome. C'est un épisode morbide dont le déterminisme est variable et dont les rapports avec les grandes névroses ne sont pas bien connus. Il constitue quelquefois un *équivalent épileptique*, une forme spéciale d'épilepsie procursive [1]. D'autres fois, il paraît être plutôt un *équivalent hystérique*, une variété particulière du somnambulisme spontané.

MM. Charcot [2], Duponchel [3], Chantemesse [4] ont rapporté, dans ces derniers temps, plusieurs observations d'*automatisme ambulatoire comitial*. Le malade que vous avez sous les yeux offre, au contraire, un bel exemple d'*automatisme ambulatoire somnambulique*.

Voici un résumé très succinct de son histoire pathologique et de ses pérégrinations vagabondes :

Observation I. — *Automatisme ambulatoire somnambulique.* — Albert Dad..., ouvrier gaziste, est âgé de vingt-neuf ans.

Antécédents héréditaires : Son *père* était hypocondriaque; il est mort à soixante et un ans, avec des symptômes de ramollissement du cerveau. Sa *mère*, morte à cinquante ans d'une fluxion de poitrine, n'avait pas eu d'accidents nerveux. Il a deux *frères* et une *sœur* très bien portants.

Antécédents personnels : A l'âge de huit ans, il paraît avoir eu une forte commotion cérébrale provoquée par une chute du haut d'un arbre. Depuis lors, il est resté sujet à des migraines fréquentes.

Il a toujours été ému par les récits de voyages. Étant encore tout enfant, il se plaisait à entendre parler des pays étrangers. Plus âgé, il s'enquérait avec curiosité de ce qu'il y avait de remarquable dans les grandes villes d'Europe.

Il n'a jamais fait d'excès alcooliques et n'a jamais eu la syphilis; mais depuis l'âge de douze ans il se livre à la masturbation.

[1] Voyez à ce sujet Bourneville et Bricon, *De l'épilepsie procursive* (*Archives de neurologie*, 1887 et 1888).

[2] Charcot, *Cas d'automatisme comitial ambulatoire* (*Policlinique du mardi*, leçon du 21 février 1889).

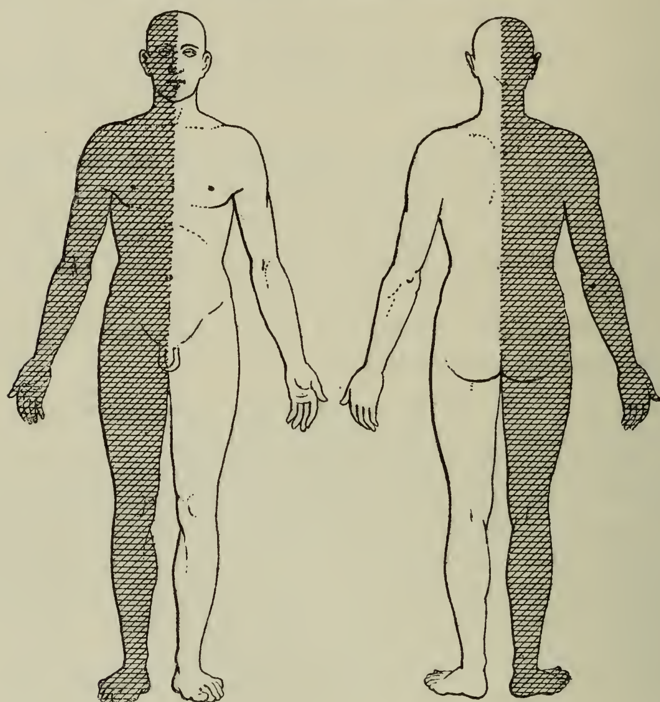
[3] Duponchel, *Étude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation observées chez des militaires* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, juillet 1888).

[4] Chantemesse, *Petit mal comitial; grandes et petites attaques d'automatisme ambulatoire* (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 27 juin 1890).

Il a eu à différentes reprises, dans ces dernières années, des hémoptysies assez abondantes, bien qu'on ne trouve à l'auscultation aucun symptôme de lésion organique du cœur ou des poumons.

Son caractère est doux, aimant, timide. Partout où il a passé, il a su gagner la sympathie de ses patrons et de ses camarades d'atelier. Son intelligence est assez vive. Il sait lire couramment; il parle très bien le français et assez bien l'allemand; mais il n'a jamais pu apprendre à écrire correctement. Sa mémoire est excellente.

Fig. 28. — Distribution de l'analgésie cutanée chez Dad...



Il se plaint très souvent de maux de tète et présente sur le cuir chevelu, au niveau du vertex, une zone hyperalgésique de cinq ou six centimètres carrés, dont la pression provoque toujours une violente douleur.

Il est hémianalgésique du côté droit[1] *(fig. 28)*; il a un rétrécissement concentrique très marqué des champs visuels *(fig. 29)* et un léger degré de dyschromatopsie.

Ses réflexes rotuliens et pharyngiens sont normaux. Il est facilement hypnotisable par la fixation du regard.

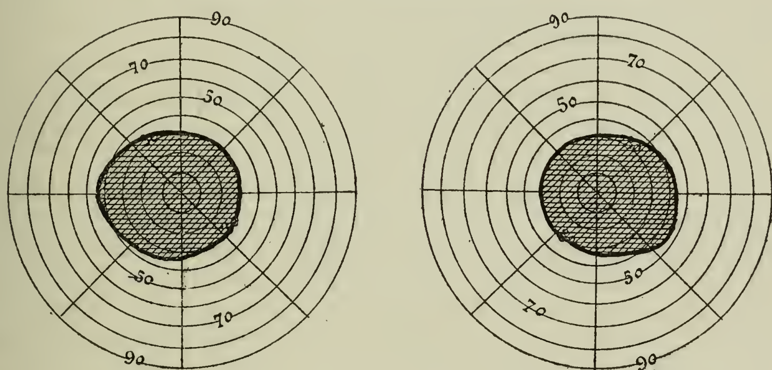
Le récit de ses aventures est tout à fait romanesque. Il a parcouru

[1] Cette hémianalgésie a été constatée tout récemment; elle n'existait pas en 1886.

l'Europe dans tous les sens; il a été emprisonné maintes fois comme vagabond, arrêté à Moscou comme nihiliste, condamné comme déserteur.

Sa première fugue a eu lieu quand il avait douze ans. Il était alors employé à titre d'apprenti à l'usine à gaz de Bordeaux. Un beau jour, il disparut. Des voisins qui l'avaient vu se promener longtemps de long en large devant sa porte, dirent à ses parents qu'il avait pris la route d'Arcachon. Son frère aîné partit à sa recherche dans la direction indiquée et le retrouva à La Teste. Il était avec un marchand ambulant. « Que fais-tu là, dit-il en lui frappant sur l'épaule? » Alors Dad... sembla sortir d'un rêve. Il parut très étonné de son aventure et se laissa ramener chez ses parents sans résistance.

Fig. 29. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Dad...



A ce moment, sa famille était préoccupée d'un héritage qu'elle avait à toucher à Valence-sur-Lot. On en parlait beaucoup. Un mois après, D... se trouva dans cette localité sans savoir comment il s'y était rendu. Un ami le renvoya chez son père, et celui-ci le fit rentrer à l'usine à gaz.

A quelque temps de là, on lui confie cent francs pour aller faire un paiement. Il part... et le lendemain matin il se trouve en chemin de fer avec un billet à destination de Paris. En arrivant dans cette ville, où il ne connaissait personne, il se couche sur un banc au voisinage de la gare d'Orléans. La police le ramasse, et comme il n'avait aucun papier et ne pouvait expliquer les motifs de son voyage, on le met en prison à Mazas où il reste quinze jours. Sa famille, très indisposée contre lui et refusant de faire les frais de son retour, il revient à Bordeaux à pied.

A partir de cette époque, les fugues se renouvellent fréquemment. Un jour il se trouve à Barbezieux (Charente); un autre jour, à Châtelleraul. Entraîné par ses impulsions, il visite successivement Châlons-sur-Marne, Chaumont, Vesoul, Dijon, Mâcon, Villefranche, Lyon, Grenoble, Annecy, Tulle, Brives, Périgueux, Pau, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Toulouse, Marseille, s'occupant, pour gagner sa vie, à toutes sortes de travaux.

A Marseille, il entend parler de l'Afrique, s'embarque et arrive à Alger,

y reste quelques jours, puis revient à Marseille et part à pied pour Bordeaux, où l'on consent à le reprendre à l'usine à gaz.

En 1878 il s'engage volontairement et est incorporé dans le 127e régiment de ligne, à Valenciennes. Quelques mois après, il déserte avec armes et bagages, visite Tournai, Bruges, Ostende, Gand, Bruxelles, Charleroi, Liège, Verviers, Amsterdam, Maëstricht, Aix-la-Chapelle, Dusseldorf, Cologne, Bonn, Coblentz, Mayence, Cassel, Darmstadt, Francfort, Hassau, Aschaffenburg, Wursbourg, Nuremberg, Lintz, et finalement il arrive à Vienne en descendant le Danube sur un train de bois. Il entre à l'usine à gaz de Vienne, y reste quelques semaines travaillant très assidûment, mais un jour il se trouve sur un bateau à vapeur qui le débarque à Buda-Pesth. Il revient à Vienne, y reçoit une lettre de son beau-frère l'invitant à profiter d'une amnistie récente, se présente aussitôt à l'ambassade de France et rejoint son régiment à Valenciennes, le 21 septembre 1880, bien décidé à ne plus entreprendre de pérégrinations insensées.

Néanmoins, quelques semaines après, il déserte pour la seconde fois, traverse Liège, Verviers, Aix-la-Chapelle, Cologne, Andernach, Mayence, Cassel, Francfort, Hassau, Frederikdorff, Ratisbonne, Passau, Lintz, et s'arrête à Vienne, où on l'engage de nouveau à l'usine à gaz.

Il reste tranquille quelques jours, puis il s'échappe à Budweiss, Prague, Leipzig, Berlin, Posen, Varsovie. Il arrive à Moscou quelques jours après l'assassinat du czar, est arrêté par la police, soupçonné d'affiliation aux nihilistes et maintenu en prison pendant quatre mois. Sa qualité de citoyen français étant reconnue, on le conduit à pied avec un convoi de tziganes à la frontière turque, où on lui rend la liberté, en le prévenant que si on le reprend jamais sur le territoire russe, on l'enverra aussitôt en Sibérie.

Errant à l'aventure sur les routes, il se rend à Constantinople; là, le consul de France lui fait obtenir un billet de chemin de fer pour Vienne. Le directeur de l'usine à gaz de cette ville consent à le reprendre au service de la Compagnie. Il travaille régulièrement, mais il fait la connaissance d'un ouvrier français, déserteur comme lui, qui lui parle de la Suisse. Le désir de visiter ce beau pays s'empare de son esprit.

Il part, traverse Klostenburg, Rufstein, Munich, Gunsburg, Stuttgard, Carlsruhe, Strasbourg, Colmar, Mulhouse, visite Interlaken, Genève, le canton de Vaud, Schaffouse, Bâle et, se sentant si près de France, éprouve le besoin de revoir sa patrie et va de son plein gré se livrer à la gendarmerie de Delle.

Il passe en conseil de guerre à Lille et est condamné, pour désertion, à trois ans de travaux publics.

Il est envoyé, pour subir sa peine, en Afrique, au camp des Portes-de-Fer, puis à Bougie, où il est gracié et proposé pour la réforme à cause de ses maux de tête et d'une perforation du tympan gauche.

De retour à Bordeaux, il réussit à rentrer à la Compagnie du gaz. Il vit heureux et tranquille pendant quelques mois. Il se croit guéri et cherche à se marier. Il trouve une jeune fille charmante qui consent à l'épouser. On fixe l'époque du mariage; on publie les bans. Tout est arrangé. Mais la

veille de la cérémonie, le 18 juin 1885, il disparaît sans raison plausible, et, dans les premiers jours de septembre, se retrouve à Verdun (Meuse) sans savoir comment il y est arrivé, ni ce qu'il a fait durant les quatre mois précédents.

Revenu à Bordeaux, il ne tarde pas à exécuter de nouvelles fugues. Ses parents le font entrer à l'hôpital; il s'en échappe pour aller à Labouheyre, Pau et Tarbes, puis revient dans le service où nous avons pu l'étudier à loisir dans le courant de 1886.

Amélioré par un traitement de quelques mois, il épouse, en 1887, une ouvrière très honnête qui devient enceinte peu de temps après son mariage et accouche l'année suivante d'un enfant à terme et bien constitué.

Le ménage vivait heureux. Dad... était employé dans un chantier de navires; il travaillait régulièrement; on pouvait espérer que ses fugues ne se reproduiraient plus, quand, tout à coup, il abandonne son atelier et part pour les Landes. Quelques mois plus tard, il quitte sans raison le domicile conjugal et se trouve un beau jour à Paris.

Ces voyages lui font perdre sa place. En août 1889, ne trouvant pas de travail à Bordeaux, il se décide à aller habiter Paris. Il part, sciemment cette fois, avec sa femme et son enfant, et vit assez misérablement dans la capitale jusqu'au mois de décembre de la même année.

A cette époque, il apprend qu'un de ses frères, âgé de vingt-huit ans, vient de mourir. Cette nouvelle lui cause un vif chagrin. Le lendemain, sans avoir prévenu personne de son dessein, il part pour Chartres.

En janvier 1890, il se trouve à Niort dans un wagon de chemin de fer, sans savoir pourquoi il a entrepris ce voyage.

Le 27 mars, il quitte de nouveau Paris, sans motifs plausibles, sans argent, et se rend à pied à Orléans où il reste dix jours à l'hôpital; puis il vient à Bordeaux en neuf jours, faisant à peu près cinquante kilomètres par jour. Il est arrivé couvert de poussière, les souliers percés, et a été aussitôt placé dans notre service.

II

En écoutant le récit des aventures de Dad..., vous vous êtes sans doute demandé si nous n'avions pas affaire à un simulateur, à un excentrique ou à un aliéné. Je me suis posé jadis ces questions et je crois être en mesure d'y répondre très catégoriquement :

Dad... n'est pas un simulateur, car nous nous sommes assurés, en écrivant à diverses personnes ayant été en rapport avec lui en Allemagne, en Autriche, en Russie, en Suisse, etc., qu'il avait réellement parcouru ces pays dans les conditions et aux époques indiquées dans son observation;

Dad... n'est pas un excentrique ou un original, courant le monde pour le simple plaisir de voir du pays, car, dans son état normal, il se lamente avec un accent de profonde tristesse sur les chagrins que ses déplacements répétés ont causés à sa famille et sur les dommages de toutes sortes qu'ils lui ont occasionnés.

Dad... n'est pas un aliéné vulgaire, car en dehors des moments où il accomplit ses fugues, il n'a jamais eu aucune idée délirante et a toujours joui de la plénitude de ses facultés intellectuelles et affectives. C'est assurément un malade, mais un malade d'une espèce particulière dont nous aurons à déterminer la nature quand je vous aurai donné quelques détails complémentaires sur les symptômes qui précèdent ses accès de vagabondage.

Avant d'entreprendre un voyage, Dad... éprouve ordinairement, pendant un ou plusieurs jours, des malaises prémonitoires. Son caractère devient sombre, taciturne; sa figure prend un aspect d'hébétude qui contraste avec l'apparence douce et souriante qu'elle a à l'état normal (voyez *planche I, fig. 1, 2 et 3*). En même temps il souffre de maux de tête violents; son sommeil est agité; il se masturbe jusqu'à cinq et six fois par nuit; il a des sueurs profuses, des bourdonnements d'oreilles et un frémissement nerveux très pénible.

Ces symptômes, qui se présentent toujours avec les mêmes caractères, sont accompagnés de troubles psychiques variables :

a) Tantôt le malade éprouve un désir impérieux de marcher, un besoin de mouvement, d'activité, de dépense de forces, auquel il peut résister, mais dont la satisfaction produit une véritable détente. Il lui semble qu'il respirerait plus librement en plein air, sur une grande route. Il a envie d'entreprendre une longue course, sans but déterminé, d'aller quelque part, n'importe où. Un jour que Dad... se trouvait dans cette phase prodromique des accès, nous lui offrîmes de l'envoyer à Libourne porter un billet à une personne habitant cette ville. Il accepta avec joie, fit à pied dans une journée soixante-quatre kilomètres et rentra le soir à l'hôpital, enchanté de sa promenade et débarrassé pour quelques jours des malaises qui le fatiguaient.

b) Le plus souvent, au besoin de marcher s'ajoute une obsession psychique. Le malade songe à une ville ou à un pays dont il a entendu parler les jours précédents. Il lui semble qu'il serait heureux de visiter cette ville, de se trouver dans ce pays; il s'imagine qu'il y trouverait facilement du travail, qu'il y gagnerait de

l'argent. L'idée d'y aller s'impose à son esprit et finit par le captiver. Il prend les fonds dont il peut disposer, boit deux ou trois verres d'eau pure et part à pied ou en chemin de fer. Une fois parti, il va droit à son but sans se soucier des obstacles. S'il pleut, il ne sent pas qu'il se mouille; s'il n'a pas de quoi manger, il mendie du pain aux personnes qu'il rencontre; s'il se perd, il demande sa route aux passants. Indifférent à la fatigue et à la misère, il ne songe qu'à arriver le plus tôt possible au terme de son voyage.

C'est sous l'influence de ces obsessions psychiques que se sont produites la plupart des fugues de notre malade. Il est parti pour Valence-sur-Lot parce qu'il était souvent question de cette ville dans sa famille, à propos de l'héritage dont nous avons parlé; il s'est embarqué pour l'Afrique parce qu'à Marseille il avait beaucoup entendu parler de l'Algérie; il a traversé l'Europe pour se rendre en Suisse parce qu'un de ses camarades lui avait vanté les beautés de ce pays.

L'obsession dure quelquefois plusieurs jours avant que Dad... mette ses projets à exécution. Si elle est satisfaite, le calme revient rapidement. Un matin, en arrivant à l'hôpital, nous trouvons Dad... anxieux, agité, tremblant, marchant précipitamment de long en large dans les couloirs. Il nous apprend que la veille un de ses voisins de lit lui a parlé d'Arcachon et qu'il a un violent désir d'y aller. Nous le laissons partir. En deux jours il parcourt cent vingt kilomètres et rentre à l'hôpital calme, gai, content et tout à fait débarrassé de son obsession.

c) Enfin, dans certains cas, le départ succède à un rêve ou à une hallucination. C'est ainsi qu'une fois, Dad... est allé à Bazas parce qu'il avait vu dans un songe un monsieur qui lui avait promis de lui procurer du travail dans cette ville. Une autre fois il a rêvé que je lui conseillais d'aller à Liège où il trouverait facilement à gagner beaucoup d'argent, et il est parti sur cette indication en emportant deux cents francs qui appartenaient à sa femme.

Ces prodromes me paraissent avoir une grande valeur clinique. La plupart des médecins qui ont eu l'occasion de voir notre malade l'ont considéré comme un épileptique larvé. Je ne partage pas leur avis, et l'une des raisons qui me font soutenir une opinion différente de la leur, c'est que Dad... n'est pas entraîné par une impulsion subite et inconsciente. Avant d'entreprendre un voyage, son état physique et moral se modifie. Il sait presque toujours à l'avance

où il veut aller. Il se procure des ressources pour payer les premiers frais de son déplacement. Souvent, il a engagé au Mont-de-Piété des objets lui appartenant. Une fois, il est parti avec de l'argent qu'on lui avait confié pour solder une facture. A diverses reprises il a attendu le jour de la paye pour commencer ses escapades. L'épileptique n'a pas tant de prévoyance. Il ne raisonne pas avec sa maladie. Il perd tout à coup connaissance, et, tant que dure l'accès, il agit inconsciemment, comme un automate.

Il serait très intéressant de connaître exactement l'état psychophysiologique dans lequel se trouve Dad... pendant qu'il accomplit ses fugues. Nous n'avons malheureusement sur ce sujet que des renseignements fort incomplets. Nous savons qu'il n'est pas dans son état normal. Il a l'air hébété, le regard stupide (voyez *pl. II, fig. 3*). On l'a pris souvent pour un ivrogne ou pour un idiot. Cependant il ne boit jamais de liqueurs alcooliques et, même dans le plus fort des accès, il conserve toujours la notion précise du but qu'il veut atteindre.

Il est utile de signaler ici une particularité dont l'importance ne vous échappera pas. Au moment où notre malade part pour exécuter ses fugues, il se produit d'ordinaire un changement brusque dans son état de conscience. Exemple : Dans la nuit du 2 au 3 avril 1889, Dad... rêve qu'un de ses anciens patrons, directeur de l'usine à gaz de Vienne, le charge de retrouver sa femme qui s'est enfuie avec son comptable, emportant une somme de trois millions, et lui promet trois mille francs de récompense s'il parvient à retrouver les coupables. Après ce rêve, Dad... se réveille. Il est agité, mais il ne se fait aucune illusion sur l'irréalité du songe qu'il vient d'avoir, et il n'a aucun désir de partir à la poursuite d'êtres chimériques. Cependant, se trouvant mal au lit, il se lève à trois heures du matin et se dirige vers son atelier. Il en trouve les portes fermées. Il revient alors sur ses pas et traverse le pont de la Garonne. Pour passer le temps, il s'accoude sur le parapet et regarde couler l'eau vivement éclairée à cet endroit par les reflets des becs de gaz. Tout à coup, il perd connaissance... Le lendemain il se retrouve couché dans un parc de moutons près de Puyoô. Comment y est-il allé? Quel chemin a-t-il suivi? Il l'ignore absolument. A partir du moment où il a perdu connaissance sur le pont, il a tout oublié, du moins à l'état de veille.

C'est ainsi que se passent les choses dans presque toutes les fugues accomplies par le malade. Le plus souvent Dad... se retrouve

sur une route ou dans un wagon de chemin de fer, ne sachant ni où il est ni où il va, ignorant absolument tout ce qu'il a fait depuis l'instant où il a quitté son domicile.

Cependant, et c'est là un point capital dans l'histoire de sa maladie, les souvenirs effacés de sa mémoire à l'état de veille normal, peuvent reparaître dans l'état de sommeil provoqué, de telle sorte que Dad..., hypnotisé et interrogé sur les événements qui se sont passés pendant la durée de l'accès, en raconte tous les détails avec une remarquable précision. Nous avons pu nous assurer plusieurs fois de cette reviviscence des souvenirs pendant le sommeil hynotique. En voici un exemple frappant :

Dans une de ses fugues, Dad... s'est trouvé à Verdun sans savoir pourquoi ni comment il s'y était rendu. Avant son départ, il possédait un peu d'argent, une montre et un livret militaire; à son arrivée, il n'avait plus ni argent, ni montre, ni livret. Qu'étaient devenus ces objets? Il l'ignorait conplètement. Quel chemin avait-il suivi? Il ne pouvait le dire. Pour avoir des renseignements sur cette période de sa vie, il fallut l'hypnotiser, et pendant le sommeil hypnotique il raconta tous les épisodes de son voyage. Il avait dépensé son argent en prenant un billet de chemin de fer de Bordeaux à Paris. Arrivé à Paris, se trouvant sans le sou, il avait engagé sa montre au Mont-de-Piété et s'était rendu à pied à Verdun. Dans ce trajet, il avait oublié ses papiers dans une ferme où il avait couché une nuit. Nous n'avons pu avoir de renseignements sur les papiers oubliés dans la ferme; mais il résulte des informations que nous avons fait prendre au Mont-de-Piété, qu'une montre en argent a été réellement engagée par un nommé Dad..., à la date indiquée par notre malade.

Nous avons eu tout récemment une nouvelle preuve de cette reviviscence, dans l'hypnose provoquée, du souvenir des actions accomplies par Dad... dans ses fugues automatiques. Quand il est arrivé ces jours-ci à Bordeaux, il avait dans ses poches une paire de gants blancs, en peau, beaucoup trop grands pour lui. D'où provenaient ces gants? A l'état de veille, il n'en savait absolument rien, pas plus qu'il ne savait comment il s'était rendu de Paris à Orléans. Nous endormîmes le malade par la fixation du regard et nous apprîmes qu'il avait perdu connaissance le 27 mars, en traversant la place d'Italie; qu'il s'était dirigé vers le jardin du Luxembourg; qu'il avait trouvé sur un banc de ce jardin un paquet renfermant des gants blancs; qu'il s'était dirigé à pied

vers Bourg-la-Reine; qu'il avait traversé Étampes, marchant toute la nuit, et qu'il s'était retrouvé le lendemain sur une place d'Orléans.

Les renseignements que je viens de vous donner permettent, si je ne me trompe, de comprendre la signification des fugues accomplies par notre malade. Ils prouvent que Dad... est un *hystérique* et que ses accès de vagabondage ne sont autre chose que des *accès de somnambulisme spontané.*

Dad... est un *hystérique,* parce qu'il est porteur de quelques stigmates sensitivo-sensoriels d'une valeur séméiologique incontestée : hémianesthésie gauche, rétrécissement concentrique des champs visuels, dyschromatopsie, zones hyperalgésiques du cuir chevelu, et aussi parce qu'il est facilement hypnotisable. Ses accès de vagabondage doivent être rapprochés des *attaques de somnambulisme spontané,* parce qu'ils se présentent avec des prodromes comparables à ceux des attaques de sommeil, parce qu'ils évoluent dans un état de conscience différent de l'état normal, parce qu'enfin le souvenir de certains événements accomplis pendant les fugues est perdu dans l'état de veille et peut être retrouvé dans l'état de sommeil hypnotique provoqué.

III

Des impulsions déambulatoires plus ou moins semblables à celles que nous venons d'étudier chez Dad... ont été observées par divers auteurs dans des cas d'hystérie avérée.

Quelquefois, les attaques d'hystérie sont accompagnées ou remplacées par un besoin impérieux de marcher. Dans son histoire de l'épidémie de démonopathie de Morzines, M. Constans rapporte le fait suivant :

« La jeune Marie B..., dont les crises n'avaient d'ordinaire rien de particulier, fut un jour, en ma présence, prise d'une crise sans convulsions qui ne se traduisit que par un besoin irrésistible de marcher. Elle partit d'un pas précipité, s'en alla très loin pour trouver un pont qui lui permît de traverser la rivière et continua sa course sur la rive opposée, disant à ceux qu'elle rencontrait qu'elle allait voir ses champs, ce qu'elle fit en effet, et elle revint, toujours avec la même vitesse et par le même chemin, au point d'où elle était partie. A son arrivée, la crise finit[1]. »

[1] Constans, *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie en 1861,* 2e édit. Paris, 1863, p. 61.

M. Mesnet a vu une hystérique qui, après ses attaques convulsives, s'habillait, descendait dans son jardin, marchait précipitamment les yeux ouverts, écartant les obstacles qu'on plaçait devant elle, ne répondant pas aux questions qu'on lui posait, et, après un certain temps de promenade plus ou moins accidentée, revenait tranquillement se coucher [1].

Ce sont là les formes les plus simples de l'automatisme ambulatoire hystérique. Il y en a de plus compliquées.

M. J. Voisin a communiqué au Congrès international de médecine mentale, le 6 août 1889, les observations de cinq malades sujets à des accès de vagabondage impulsif d'origine hystérique. Tous ces malades étaient porteurs de stigmates très accusés et tous étaient hypnotisables. Leurs fugues se produisaient dans une sorte d'*état second,* de telle sorte qu'ils avaient un véritable *dédoublement de la personnalité.* Après les fugues, ils ne se souvenaient pas de ce qu'ils avaient fait; mais, en les endormant, on leur rendait l'intégralité de leurs souvenirs, et ils racontaient exactement tous leurs actes [2].

Enfin, tout récemment, M. Proust a entretenu l'Académie des sciences morales et politiques d'un cas d'automatisme ambulatoire qui ressemble beaucoup à celui que nous venons d'étudier ensemble [3]. Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, avocat, sujet à des accidents hystériques variés (attaques convulsives, hémianesthésie, etc.), très facilement hypnotisable, qui a fait à diverses reprises des fugues inconscientes de plusieurs jours de durée. Le 23 septembre 1888, après une altercation avec son beau-père, il partit subitement de chez lui, alla se promener de côté et d'autre, contracta cinq cents francs de dettes, se fit condamner pour filouterie et ne reprit conscience de son être que trois semaines après son départ, ignorant absolument tout ce qu'il avait fait pendant ce laps de temps.

Dans un autre accès, il part de Paris le 11 mai 1889, et se retrouve, deux jours après, sur une place de Troyes, sans savoir pourquoi il y est allé ni comment il y est arrivé.

Mais les souvenirs inaccessibles à sa conscience durant l'état de veille normal sont susceptibles de reparaître dans l'état de sommeil hypnotique, car le malade endormi raconte tous les détails de son

[1] Cas cité par M. Charcot, *op. cit.,* p. 326.
[2] *Semaine médicale,* 10 août 1889, p. 291.
[3] *Bulletin médical,* 2 février 1890.

escapade, se rappelle avoir perdu de l'argent au jeu, en avoir emprunté qu'il n'a pas rendu, avoir laissé son pardessus dans un hôtel qu'il désigne, et où on le retrouve en effet en écrivant à l'hôtelier, etc.

C'est là bien évidemment un exemple d'automatisme ambulatoire somnambulique analogue à celui que nous venons d'étudier ensemble. Dans ce cas, comme dans le nôtre, le vagabondage impulsif doit être considéré comme un *équivalent hystérique.*

IV

Rien n'est plus facile que de provoquer expérimentalement chez les sujets hypnotisables et suggestibles des fugues semblables à celles qui caractérisent l'automatisme ambulatoire. Si on dit à un de ces sujets dans l'état de sommeil hypnotique : « Tel jour, à telle heure, vous viendrez à tel endroit, » il accomplira rigoureusement la suggestion donnée. Une de nos anciennes malades a été longtemps victime de suggestions de ce genre. En quittant l'hôpital, elle s'était installée à la campagne. A sept kilomètres de son domicile habitait un médecin qui prenait plaisir à la montrer à ses amis. Quand il voulait donner une séance d'hypnotisme, il lançait ses invitations, et, quelques jours à l'avance, en faisant sa tournée médicale, il s'arrêtait chez la malade, l'hypnotisait et lui disait : « Dimanche prochain, vous viendrez chez moi à deux heures précises. » Puis, il la réveillait et retournait à ses occupations. La malheureuse femme ignorait, à l'état de veille, l'ordre qu'elle avait reçu pendant qu'elle était endormie. Le dimanche venu, elle disposait de sa journée au mieux de ses intérêts. Généralement elle allait garder des moutons dans les prés. Mais quand l'heure de se rendre chez le médecin approchait, elle partait comme une folle, abandonnant ses animaux et courant à travers champs pour ne pas être en retard. Elle allait droit au but, comme Dad..., sachant parfaitement où elle voulait arriver, ne se souciant pas des obstacles, ne se laissant détourner par aucune distraction. Les gens qui la rencontraient sur la route pensaient qu'elle était pressée, mais ne pouvaient se douter qu'elle était inconsciente de ses actes. En réalité, elle était dominée par une volonté étrangère imposée à elle par voie de suggestion.

Nous avons souvent réalisé ici, avec plus d'humanité, des expé-

riences dont la signification est identique. Nous avons dit à des malades en état hypnotique : « Demain matin, à l'heure où sonnera la visite, vous viendrez nous rejoindre au laboratoire. » Et, quand la cloche sonnait, elles quittaient tout pour accourir au rendez-vous que nous leur avions donné. Arrivées là, elles ne savaient pas pourquoi elles étaient venues et se trouvaient tout étonnées d'avoir quitté leur salle. N'est-ce pas l'image exacte d'un des accès d'automatisme ambulatoire de Dad...? La seule différence, c'est que dans un cas la fugue est provoquée et que dans l'autre elle paraît spontanée. Elle a cependant un déterminisme qu'on pourrait, ce me semble, expliquer de la façon suivante :

En même temps qu'il est hystérique, Dad... est un héréditaire sujet à des obsessions psychiques. A la suite d'un récit qui a frappé son imagination, d'un rêve, d'un souci quelconque, il est tourmenté par l'idée fixe d'aller visiter un pays ou de changer de résidence. Tant qu'il est à l'état de veille normal, il pèse froidement les avantages ou les inconvénients qu'il pourrait y avoir à donner satisfaction à son désir, et, avec raison, il repousse l'idée qui l'obsède. Mais si, sur ces entrefaites, il vient à tomber dans l'état d'hypnose spontanée, le contrôle frénateur est aboli, et le malade part, entraîné par une impulsion que sa raison ne peut plus maîtriser.

Dans tous les cas, il doit être considéré comme irresponsable de tous les actes qu'il accomplit tant qu'il est en état de condition seconde. Il a passé en conseil de guerre pour désertion et a été condamné à une peine sévère. On ne saurait blâmer les juges qui ont prononcé la sentence; ils ne savaient pas (et ils ne pouvaient pas savoir à ce moment) que Dad... avait abandonné son poste sous l'influence d'une impulsion morbide. Ils ont cru avoir affaire à un coupable alors qu'ils se trouvaient en présence d'un malade. Ils ont fait, en le punissant, ce qu'ils croyaient être leur devoir. A leur place et à cette époque, nous eussions probablement agi de même. Mais aujourd'hui que les faits de ce genre sont mieux connus, le médecin consulté devrait intervenir de toutes ses forces pour empêcher la condamnation d'un innocent.

Le traitement qui convient aux sujets atteints d'automatisme ambulatoire est différent selon que l'affection est de nature épileptique ou hystérique. Dans quelques cas du type comitial, le bromure de potassium à haute dose a paru avoir une action utile. M. Charcot et M. Chantemesse en ont obtenu d'excellents effets chez leurs malades. Mais quand les impulsions ambulatoires sont de nature

hystérique, les bromures ne jouissent pas de la même efficacité. Nous en avons donné de fortes doses à Dad..., sans modifier la fréquence ni la violence de ses accès. L'hydrothérapie longtemps continuée n'a pas eu les avantages que nous en attendions. M. Tissié a alors appliqué, d'après mes conseils, la thérapeutique suggestive. Il a réussi par ce moyen à empêcher pendant plus d'un an les fugues du malade. Mais celui-ci s'est lassé de se soumettre à des hypnotisations répétées; il a cessé tout traitement, et les accès n'ont pas tardé à reparaître. Il me semble cependant que l'emploi des suggestions a donné, dans ce cas, des résultats assez encourageants pour que nous soyons autorisés à y avoir encore recours; et si Dad... reste quelque temps à Bordeaux, ce qui n'est rien moins que certain, nous essaierons de nouveau l'application régulière de cette méthode [1].

[1] Le malade ayant voulu retourner à Paris auprès de sa femme, le traitement n'a pu être suivi.

CINQUANTE-SEPTIÈME LEÇON

DES ATTAQUES DE DÉLIRE

SOMMAIRE

Les attaques de délire hystérique peuvent revêtir trois formes principales :

I. Attaques de manie hystérique. Caractères cliniques de la manie hystérique. Exemple de manie hystérique se reproduisant à chaque période mensuelle.

II. Attaques de délire hallucinatoire. Le délire se rapporte à des événements qui ont frappé les malades hors l'état d'attaque. Exemple.

III. Attaques de délire ecmnésique. Définition et caractères de l'ecmnésie. Description d'une attaque de délire ecmnésique observée dans le service. Observations de délire ecmnésique empruntées aux auteurs anciens et modernes.

MESSIEURS,

On désigne sous le nom d'*attaques de délire hystérique* des accès aigus d'excitation délirante qui surviennent quelquefois, chez les hystériques, à titre d'équivalent clinique des attaques convulsives complètes et régulières.

Elles se présentent sous plusieurs formes différentes dont les principales sont : 1° les attaques de manie hystérique; 2° les attaques de délire hallucinatoire; 3° les attaques de délire ecmnésique.

I

DES ATTAQUES DE MANIE HYSTÉRIQUE

Tous les accès de manie aiguë se ressemblent. Quelles que soient leurs causes, ils sont toujours caractérisés par la surexcitation du corps et de l'esprit, par l'agitation désordonnée des membres, par les clameurs incohérentes. Les malades qui en sont atteints crient, chantent, rient, gesticulent à tort et à travers, déchirent leurs vêtements, injurient leurs gardiens, et cela, sans suite, sans discer-

nement, comme s'ils étaient poussés par un besoin automatique et irrésistible d'activité.

La manie hystérique ne diffère guère de la manie simple ou de la manie épileptique que par son étiologie. Elle survient habituellement chez des hystériques invétérés ou chez des sujets prédisposés à l'hystérie, à la suite de grands ébranlements psychiques, particulièrement de violentes frayeurs. Elle est beaucoup plus commune chez les femmes que chez les hommes [1]. Dans quelques cas, elle se reproduit périodiquement, avec une désespérante régularité, à chaque époque menstruelle. Je n'en ai pas d'exemple à vous montrer aujourd'hui; mais vous avez tous vu une jeune femme qui, depuis plus d'un an, vient passer chaque mois une huitaine de jours à l'hôpital, dans le service de M. le Dr Lande, parce qu'elle a, tous les vingt-huit ou trente jours, un accès aigu de manie hystérique. Voici le résumé de son histoire :

Observation I. — *Attaques périodiques de manie hystérique.* — Maria X..., âgée de vingt-sept ans, est fille d'un alcoolique incorrigible et sœur d'une hystérique à grandes attaques.

Réglée à onze ans, elle a eu à quatorze ans une paraplégie qui a persisté pendant deux années. De seize à dix-neuf ans, elle a joui d'une bonne santé.

En 1880, pendant qu'elle était en convalescence d'une indisposition sans gravité, sa sœur renversa par mégarde une lampe à pétrole dans sa chambre. Le pétrole répandu sur le plancher s'enflamma ; le feu prit aux rideaux du lit, et Maria, qui avait précisément ses règles en ce moment, se vit tout à coup entourée de flammes. Elle se précipita affolée dans la rue, en proie à un accès de délire si violent qu'on fut obligé de la placer dans un asile d'aliénées. Au bout de neuf jours l'agitation délirante se calma. Maria revint dans sa famille. Mais, depuis cette époque, elle n'a jamais vu reparaître ses règles, et tous les mois elle est en proie à un accès de manie hystérique accompagnée d'exsudation sanguine des paupières [2]. Chaque accès dure trois ou quatre jours. Il débute par une modification dans le caractère. La malade, habituellement vive et irritable, devient indifférente et « douce comme un agneau ». C'est alors qu'elle vient à l'hôpital où, connaissant ses habitudes, on prépare les appareils de contention qui ne tarderont pas à devenir nécessaires. Le lendemain, en effet, le délire maniaque éclate. Il est d'une excessive violence. La malade crie, s'agite et prononce pendant des heures entières, avec des gestes tragiques et des attitudes outrées, des phrases incohérentes. Vient-on à s'approcher d'elle, elle vous crache au

[1] On l'observe aussi chez les enfants et particulièrement chez les jeunes *garçons* (Voyez à ce sujet : Paul Blocq, *Hystérie maniaque infantile,* Paris, 1890.)

[2] Les détails relatifs à cette exsudation sanguine périodique sont rapportés dans la thèse de M. Mangon sur l'*Hématidrose*. Bordeaux, 1886.

visage et son délire augmente de violence. Souvent elle se jette avec fureur sur les personnes qui se trouvent à sa portée. Ce qu'elle dépense de forces pendant ces accès est inimaginable. Si elle n'est pas solidement camisolée lorsque le délire débute, il faut appeler cinq ou six personnes vigoureuses pour la maintenir. Elle crie et chante souvent à pleine voix pendant quarante-huit heures consécutives, sans prendre une minute de repos. Quand l'accès est terminé, elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant sa durée.

Vous pouvez considérer ce cas comme un exemple typique de manie hystérique à attaques périodiques.

II

DES ATTAQUES DE DÉLIRE HALLUCINATOIRE

Ce qui caractérise le délire maniaque, c'est l'activité exagérée et incohérente du corps et de l'esprit; ce qui domine dans le délire hallucinatoire, c'est l'hallucination. L'agitation peut être également bruyante dans l'un ou dans l'autre de ces deux états morbides; mais dans le premier elle est désordonnée et pour ainsi dire automatique, tandis que dans le second elle est provoquée et dirigée par des hallucinations ou des illusions sensorielles.

Les attaques de délire hallucinatoire sont plus fréquentes, chez les hystériques, que les attaques de manie.

Elles sont connues depuis fort longtemps.

Sauvage raconte, dans sa *Nosologie méthodique,* l'histoire de la femme d'un médecin de Rivesaltes, qui en fut atteinte après avoir été vivement impressionnée, pendant la période menstruelle, par les procédés d'un homme grossier :

« Cette dame, âgée seulement de vingt-quatre ans, était devenue sujette, à partir de ce jour, à un état maladif singulier qui revenait périodiquement, augmentait sous l'influence de chaque nouvelle émotion et dont les accès duraient pour l'ordinaire une demi-heure ou une heure environ. Cette malade, dit Sauvage, était tout à coup privée de sentiment comme dans la catalepsie avec délire; mais il existait ici cette différence que depuis le commencement jusqu'à la fin de l'accès elle ne cessait de rêver, de parler entre les dents, de faire beaucoup de gestes et d'indiquer par des signes extérieurs la nature des idées dont son âme était affectée. Elle se tenait assise sur son lit, et s'imaginant voir son ennemi dans la personne d'un chirurgien qui avait été appelé dans son appartement, elle sauta sur lui. Elle se fâchait et s'emportait contre son ombre qu'elle apercevait sur le mur, vis-à-vis de son lit, poursuivant avec ardeur cette image qu'elle voyait

suivre les mouvements de la chandelle. Elle ne voyait ni n'entendait son mari quand il lui adressait la parole, et de quelque façon qu'on la piquât elle ne donnait aucun signe de sensibilité. Ces accès revinrent pendant un mois...[1]. »

Il s'agissait bien évidemment dans ce cas, d'attaques de délire hystérique hallucinatoire.

Habituellement, les hallucinations se rapportent à des événements qui ont antérieurement frappé l'imagination des malades. « Le délire hystérique, dit Briquet, est toujours une simple réminiscence des pensées qui ont occupé les malades hors l'état d'attaque[2]. » Sous cette forme absolue, la règle établie par Briquet est peut-être contestable. Mais il est certain que, dans beaucoup de cas, les hallucinations qui entretiennent ce genre de délire ne sont que des reviviscences d'impressions. Des faits que vous avez eus récemment sous les yeux confirment cette assertion. Une de nos hystériques, Pauline T..., a eu, il y a quelques semaines, une attaque de délire aigu dans laquelle elle croyait voir un fou qui sautait autour d'elle et la menaçait de la voix et du geste. Or, avant l'explosion du délire, Pauline avait vu mettre en cellule un malade atteint de *delirium tremens*.

Quelques jours plus tard, une phtisique vint à mourir dans la salle 7. Jeanne M... assista à son agonie et vit emporter le cadavre. Elle en fut très émue, et le jour même elle eut une agitation délirante des plus violentes, dans laquelle elle était obsédée par la vision d'une morte qui grimaçait au pied de son lit et étendait vers elle ses membres décharnés.

Le délire hallucinatoire étant, en quelque sorte, la représentation psycho-sensorielle intensive des impressions qui ont vivement ému les malades, il est clair que s'il se reproduit à des intervalles éloignés, son objet doit varier avec les émotions dominantes du moment. C'est, en effet, ce qui arrive et ce que démontre très nettement l'observation d'une de nos malades dont l'histoire mérite de vous être rapportée avec quelques détails.

Obs. II. — *Attaques de délire hallucinatoire.* — Élisabeth R..., âgée de trente-cinq ans, est née d'un *père* extrêmement violent et d'une *mère* qui est morte phtisique très peu de temps après lui avoir donné le jour.

Dès son bas âge, elle a présenté des symptômes non douteux de nervosisme. Elle était continuellement agitée, capricieuse, émotive. Elle avait souvent des attaques de vers (?).

[1] Cité par Calmeil, *De la folie*, etc. Paris, 1845, t. II, p. 463.
[2] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1853, p. 430.

Depuis l'âge de seize ans, elle est sujette à des accidents hystériques, au nombre desquels figurent des attaques de délire qui seront décrites dans un instant, et à de grandes attaques convulsives qui ont tous les caractères des attaques hystériques complètes et régulières.

Fig. 30. — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Élisabeth R...

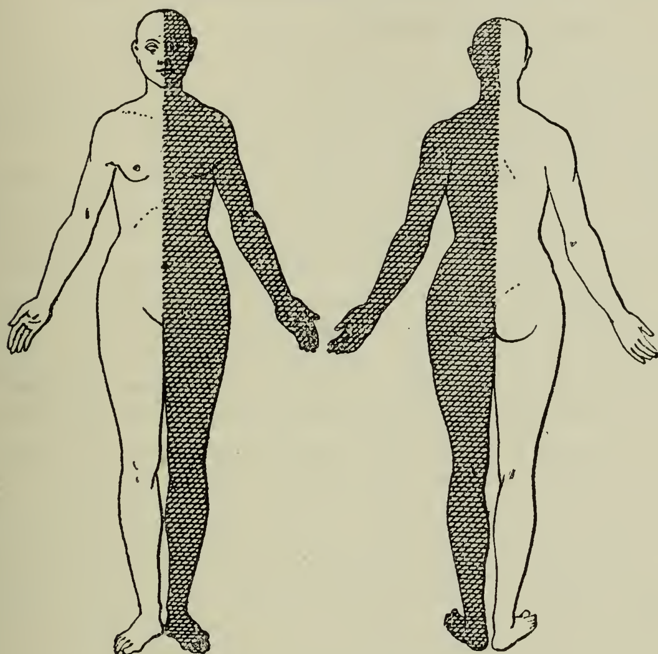
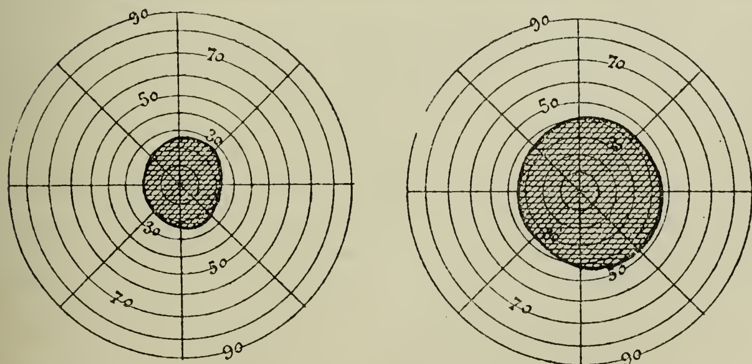


Fig. 31. — Rétrécissement concentrique des champs visuels d'Élisabeth R...



Dans les intervalles de ces attaques, Élisabeth a une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche *(fig. 30)*, avec ovaralgie du même côté. Les champs visuels sont rétrécis concentriquement, surtout celui du côté gauche *(fig. 31)*. Le réflexe pharyngien est aboli.

La pression de l'ovaire gauche est spasmogène quand la malade est au repos, et spasmo-frénatrice quand elle est en convulsions.

Il faut ajouter qu'Elisabeth R... est très facilement hypnotisable.

Je ne fais que signaler ces divers symptômes pour arriver tout de suite à la description des attaques de délire.

Ces attaques ont eu jusqu'à présent trois formes différentes. Au début, la malade se croyait entourée de flammes; plus tard, elle se crut menacée par des animaux gigantesques; aujourd'hui, elle se figure être en présence d'un certain M. Alexandre dont elle repousse les obsessions. Ces transformations du délire s'expliquent par des événements dont il convient d'indiquer la succession et les rapports avec les attaques de délire.

a) En 1869, Élisabeth, alors âgée de seize ans, était pensionnaire d'un orphelinat de Paris. Elle était depuis quelque temps émotive, capricieuse, énervée, mais elle n'avait jamais eu d'accidents hystériques bien caractérisés. Un jour la maîtresse de sa classe fit une leçon sur les volcans. Elle racontait comment la ville d'Herculanum avait été engloutie par des torrents de lave, quand tout à coup, Élisabeth, effrayée par ce récit, perdit connaissance et eut une grande attaque de nerfs. Cette attaque fut suivie d'une longue période de délire dans laquelle la malade croyait être enveloppée par du feu. Elle s'élançait vers les portes et les fenêtres pour échapper aux flammes. On fut obligé de l'envoyer à l'asile Sainte-Anne, où elle resta trois semaines en proie à une agitation délirante des plus violentes. Elle raconte à ce sujet un détail sur lequel il importe d'attirer votre attention : Elle affirme que lorsqu'on l'enfermait dans l'obscurité, le délire cessait comme par enchantement et qu'il se reproduisait aussitôt qu'on la plaçait dans un lieu éclairé. Vous verrez tout à l'heure le parti que nous avons tiré de cette observation.

En sortant de Sainte-Anne, Élisabeth rentra dans sa famille et, pendant huit mois, elle eut régulièrement à chaque époque menstruelle une attaque de délire de trois jours de durée, dans laquelle elle se croyait toujours entourée de flammes. Puis, son état s'améliora et, pendant les années qui suivirent, les attaques de délire devinrent de plus en plus rares. Elle se plaça en 1872 comme femme de chambre et resta trois ans dans la même maison sans avoir d'accidents sérieux. Une seule fois elle s'éveilla en sursaut au milieu de la nuit en criant bruyamment au feu. Mais elle n'eut pas de véritable accès de délire, car elle s'aperçut très vite de son erreur.

b) En 1874 elle se lia avec un ouvrier horloger nommé Alexandre et quitta ses maîtres pour vivre librement avec son amant. En 1875 les amoureux allèrent voir jouer une féerie qui faisait courir tout Paris : *le Tour du monde en 80 jours*. Au tableau qui représente la grotte des serpents, Élisabeth fut saisie d'épouvante : elle quitta sa place et eut dans les couloirs du théâtre une attaque convulsive suivie d'un accès de délire aigu durant lequel elle se croyait menacée par des animaux monstrueux. A partir de ce moment, elle eut pendant dix-huit mois consécutifs des attaques de délire très fréquentes, dans lesquelles elle se voyait toujours entourée par des serpents gigantesques et menacée par des animaux fantastiques.

c) En 1882 Alexandre dut quitter Paris. Il annonça un jour à sa maîtresse

que ses parents l'obligeaient à revenir au Havre et qu'il fallait se séparer. Naturellement, Élisabeth fut profondément impressionnée par cette nouvelle; elle eut des attaques de nerfs et aussi des attaques de délire. Mais, dans ces dernières, au lieu d'être terrorisée comme autrefois par la vue de flammes ou d'animaux menaçants, elle se figurait voir Alexandre et lui reprochait vivement de l'avoir abandonnée. Pendant les premiers mois qui suivirent la séparation, les attaques de délire se reproduisirent un grand nombre de fois. Plus tard elles diminuèrent de fréquence et d'intensité, et Élisabeth n'en avait pas eu une seule depuis un an, quand il y a trois jours elle fut prise d'une agitation des plus violentes, à la suite de la visite d'une de ses amies qui lui annonça à brûle pourpoint le mariage d'Alexandre.

Depuis ce moment, elle croit être auprès de son ancien amant et lui adresse des reproches sur sa conduite. « Va-t-en, misérable! dit-elle, va-t-en! Va trouver ta femme. Je ne veux plus te voir. Laisse-moi tranquille. Ne me touche pas, etc. » En même temps elle pleure, s'agite, se recule avec des gestes tragiques comme si elle voulait repousser son amant. Si on l'interpelle vivement, elle répond avec indifférence aux questions qu'on lui pose et recommence aussitôt après ses divagations, ou bien elle parle à ses interlocuteurs dans les mêmes termes qu'elle parlerait à Alexandre si celui-ci était réellement devant elle... A la religieuse venant lui offrir son repas, elle dira par exemple : « Je ne comprends pas que tu viennes m'offrir à manger. Garde ton pain pour ta femme. Je n'ai plus besoin que tu t'occupes de moi, etc. »

Il n'a pas été facile de faire cesser ce délire bruyant, qui était une cause de désordre dans la salle et mettait tout le service en révolution.

J'ai voulu tout d'abord hypnotiser la malade et lui suggérer de ne plus penser à Alexandre; mais je n'ai pu arriver à provoquer le sommeil hypnotique par aucun moyen, bien qu'à l'état ordinaire Élisabeth soit facilement hypnotisable par la fixation du regard et par la pression de diverses zones hypnogènes.

J'ai essayé de lui donner une potion au chloral, j'ai tenté de lui faire respirer du chloroforme; mais il a fallu renoncer à ces moyens, car la pauvre femme, se figurant que j'étais Alexandre et que je voulais l'empoisonner, s'agitait comme une possédée et criait à l'assassin en m'adressant les reproches les plus violents. J'allais donner l'ordre de la camisoler et de la mettre en cellule, quand je me souvins de ce qu'elle nous avait précédemment raconté sur la façon dont on calmait autrefois son délire en l'enfermant dans une chambre obscure. L'idée me vint de lui fermer les paupières et je fus stupéfait du résultat. Tant que la malade avait les yeux fermés, elle restait tranquille et répondait raisonnablement aux questions qu'on lui posait. Aussitôt que ses paupières étaient relevées, elle recommençait à délirer. Je m'aperçus même qu'il suffisait de tenir l'œil gauche (côté hémianesthésié) fermé pour obtenir le calme, et depuis lors Élisabeth vit tranquille, au milieu de ses compagnes, avec un bandeau épais sur l'œil gauche. Vous voyez qu'avec ce bandeau protecteur elle ne présente aucun symptôme d'agitation délirante; mais aussitôt qu'on l'enlève, le délire

reparaît avec la même violence et les mêmes caractères qu'hier. Cependant le temps passe et j'espère qu'avant peu nous verrons arriver la fin de cette attaque qui dure déjà depuis trois jours.

Dans le cas très remarquable que nous venons d'étudier, les hallucinations se rapportaient toujours à un seul événement de la vie de la malade. Dans d'autres cas, les hallucinations n'ont pas cette fixité. Elles se succèdent précipitamment, de telle sorte que la plupart des faits saillants de l'existence antérieure des sujets sont évoqués par des images sensorielles de nature très variée. Les malades passent alors de la joie à la tristesse, de l'expansion à la stupeur; leur visage exprime tour à tour la terreur, la compassion, le mépris, la haine, l'amour. Leur délire est désordonné, mais il est toujours commandé et dirigé par les hallucinations, et ces hallucinations se rapportent toujours à des événements réels de la vie passée.

Dans tous les cas, il n'y a pas d'élévation notable de la température du corps, et après avoir duré un laps de temps variant de quelques minutes à quelques heures, l'agitation délirante s'apaise, sans laisser après elle de troubles permanents de l'intelligence. Les malades ne conservent même pas le souvenir des hallucinations auxquelles ils ont été en proie durant l'accès, de telle sorte que ces hallucinations ne deviennent jamais l'origine de systématisations délirantes durables.

III

DES ATTAQUES DE DÉLIRE ECMNÉSIQUE

On observe quelquefois dans les attaques de délire des troubles de la mémoire et de la personnalité se rapportant au phénomène de l'ecmnésie.

Nous nous sommes déjà occupés de ce phénomène quand nous avons étudié ensemble les *variations de la personnalité dans ses rapports avec l'hypnotisme*[1]. Mais je crois utile de revenir brièvement sur sa description.

L'*ecmnésie* est une forme d'amnésie partielle dans laquelle le souvenir des événements antérieurs à une certaine période de la vie est intégralement conservé, tandis que le souvenir des événements postérieurs à cette période est totalement aboli.

[1] Voyez XLII[e] leçon, p. 219 et suiv.

Si cette définition est exacte, le phénomène de l'ecmnésie doit donner lieu à des modifications psychiques dont il est possible de se faire une idée en réfléchissant au rôle que joue la mémoire dans le fonctionnement des facultés intellectuelles.

Supposez un instant qu'un sujet, âgé de trente ans, perde subitement le souvenir de tout ce qu'il a connu et appris dans les quinze dernières années de sa vie. Par le fait même de cette amnésie partielle, il se produira dans l'état mental du sujet une transformation radicale. Il parlera, agira, raisonnera comme il l'eût fait à l'âge de quinze ans. Il aura les connaissances, les goûts, les sentiments, les mœurs qu'il avait à quinze ans. Au point de vue mental, ce ne sera plus un adulte, mais un adolescent.

Ces déductions se trouvent pleinement confirmées par l'observation clinique. Ceux d'entre vous qui suivent régulièrement le service ont vu plusieurs fois, dans ces derniers temps, une de nos hystériques, Albertine M..., en état de délire ecmnésique, et ils ont pu se rendre compte par eux-mêmes de la netteté des caractères de ce genre de délire.

La malade à laquelle je fais allusion vous est bien connue. Je vous ai jadis raconté longuement son histoire[1]. Vous n'ignorez pas qu'elle est sujette depuis plusieurs années tantôt à des attaques convulsives, tantôt à des attaques de sommeil, tantôt enfin à des attaques de délire. Ces dernières s'annoncent par une période d'auras très pénibles. La malade devient triste, sombre, rêveuse; puis elle se plaint de tiraillements d'estomac, de hoquets, de soubresauts musculaires; enfin elle sent une boule qui se détache des profondeurs du flanc gauche, fait plusieurs tours dans le ventre et remonte vers la région du cœur en déterminant une suffocation angoissante très vive. Aussitôt après, le délire éclate : Albertine commence à parler à haute voix. Tout d'abord, ses propos paraissent incohérents; mais, en les écoutant avec attention, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils se rapportent à un enchaînement logique d'idées. Si l'on éprouve quelquefois des difficultés à en saisir le sens, c'est que la malade s'adresse dans son délire à des personnages imaginaires dont l'observateur ne peut entendre les réponses. Cependant il est rare qu'avec un peu de patience, on ne découvre pas bientôt le mot de l'énigme. En général, le délire roule sur un des faits qui ont antérieurement frappé l'esprit de la malade. Quelquefois Albertine se croit avec son ancien amant, alors qu'elle

[1] Voyez XLVII[e] leçon, p. 146, et LIII[e] leçon, p. 229.

avait vingt-deux ou vingt-trois ans. D'autres fois, elle s'imagine être avec une jeune fille de ses amies qu'elle a connue à seize ans. Dans une de ces dernières attaques que nous avons pu observer en détail, parce qu'elle s'est produite sous nos yeux à l'hôpital, elle se figurait être à la campagne, chez sa nourrice, à l'âge de sept ans, occupée à garder une vache.

Quelle que soit la scène évoquée dans le délire, les phénomènes caractéristiques de l'ecmnésie se montrent, chez notre malade, avec une remarquable netteté[1]. Je vous rappellerai, pour vous en donner la preuve, quelques-unes des constatations que nous avons faites récemment dans l'attaque où Albertine croyait être occupée à garder la vache de sa nourrice, comme elle le faisait autrefois quand elle avait sept ans :

Après avoir éprouvé toute la série des auras qui précèdent habituellement l'explosion de ses attaques de délire, la malade se mit à marcher lentement, en se baissant de temps en temps, comme si elle eût ramassé des fleurs sur le bord d'une route. Puis elle s'assit par terre en fredonnant une chansonnette. Quelques instants après, elle fit le geste de fouiller vivement dans sa poche et commença à jouer aux osselets, non sans interrompre souvent sa partie pour parler à sa vache. Nous l'interpellâmes à ce moment, et elle, croyant avoir affaire aux gamins du village, nous offrit aussitôt de partager ses jeux. Il fut impossible de lui faire comprendre son erreur. A toutes les questions que nous lui posions relativement à sa vache, à sa grand'mère, aux habitants du village, elle répondait avec la naïveté d'une enfant, mais avec une imperturbable précision. Si, au contraire, nous lui parlions des événements dont elle a été témoin ou acteur dans le courant de son existence, après l'âge de sept ans, elle paraissait fort étonnée et ne comprenait rien à nos propos.

Je dois vous signaler ici deux particularités qui ne manquent pas d'importance. Jusqu'à l'âge de douze ans, Albertine est restée dans un petit hameau de la Charente, au milieu d'une famille de pauvres paysans qui connaissaient à peine le français. Elle-même ne parlait à cette époque que le patois de la Saintonge; ce n'est que beaucoup plus tard qu'elle a appris le français. Aussi, pendant toute la durée de l'attaque de délire dont je cherche à vous rappeler les principaux épisodes, elle s'exprimait en patois, et si nous la

[1] Voyez, à ce sujet : Blanc-Fontenille, *Étude sur une forme particulière de délire hystérique (délire avec ecmnésie)*. Th. doct., Bordeaux, 1887.

priions de parler français, elle répondait invariablement, et toujours en patois, qu'elle ne connaissait pas la « langue des messieurs de la ville ».

La seconde particularité n'est pas moins curieuse. A l'âge de sept ans, Albertine n'avait pas encore eu d'accidents hystériques et, selon toute vraisemblance, elle n'avait pas encore d'hémianesthésie ni de zones hystérogènes. Or, pendant l'accès de délire ecmnésique dont nous nous occupons, sa sensibilité cutanée était normale, aussi bien du côté gauche que du côté droit, et toutes ses zones spasmogènes et hypnogènes avaient perdu leur action, sauf la zone ovarienne gauche dont la pression énergique eut pour effet immédiat d'arrêter le délire.

J'ajouterai que, revenue à son état normal, la malade n'avait aucun souvenir de ce qu'elle avait fait et dit pendant toute la durée de l'attaque.

Je ne crois pas, Messieurs, que le délire ecmnésique ait été étudié jusqu'à présent avec le soin qu'il mérite. Cependant, on trouve çà et là dans la littérature médicale quelques observations qui paraissent se rapporter à son histoire. Carré de Mongeron parle à plusieurs reprises d'un *état surnaturel d'enfance* qu'il aurait constaté sur plusieurs convulsionnaires de Saint-Médard, même d'un âge très mur et d'un caractère très grave et très sérieux.

« On voit tout à coup, dit-il, un air enfantin se répandre sur leur visage, dans leurs gestes, dans leur ton de voix, dans l'attitude de leur corps, dans toutes leurs façons d'agir, et quoique leurs convulsions leur fassent faire alors des mouvements à la manière des enfants par rapport aux termes dont ils se servent et à la façon simple, innocente et timide avec laquelle ils énoncent leurs pensées ; néanmoins, cet instinct leur fait souvent dire bonnement des vérités très fortes [1]... »

Ne vous semble-t-il pas logique de supposer que cet *état surnaturel d'enfance* n'était autre chose qu'une forme de délire ecmnésique analogue à celle dont Albertine M... nous a fourni des exemples si nets?

M. Paul Richer raconte, dans son magnifique ouvrage sur la grande hystérie, un fait qui me semble passible de la même interprétation. Il s'agit d'un jeune garçon de dix-huit ans qui, en sortant du collège, se laissa séduire et enlever par une étoile de café-concert. Ses parents, informés de sa fugue, vinrent l'arracher de

[1] Carré de Mongeron, cité par Calmeil, *De la folie,* etc. Paris, 1845, t. II, p. 390.

force aux douceurs d'une liaison qu'ils considéraient comme dangereuse et le firent reconduire au lycée. L'amoureux ne fut pas satisfait de ce dénouement. Il eut des crises nerveuses et, quelques jours plus tard, des attaques de délire hystérique dans lesquelles il se croyait au café, auprès de sa maîtresse. Il était impossible, dit M. Richer, de le rappeler à la notion exacte du monde extérieur, de lui faire comprendre qu'il était à l'infirmerie du lycée. Il prenait les personnes qui lui parlaient pour le patron, les garçons ou les habitués du café-concert; puis subitement il s'arrêtait, écoutait attentivement, tendait la tête avec une expression de béate admiration et fredonnait, en battant la mesure, les airs à succès de son idole. Il est évident que dans ces moments-là il se figurait entendre sa chanteuse, qu'il avait oublié les circonstances à la suite desquelles il avait été obligé de la quitter et qu'il était en proie à un accès de délire ecmnésique bien caractérisé[1].

Certains épisodes de l'observation du nommé Louis V..., hystérique célèbre dont je vous ai déjà raconté l'histoire à propos des variations de la personnalité[2], doivent recevoir la même explication.

En somme, le délire ecmnésique ne paraît pas être très rare. On en trouve quelques exemples dans les auteurs anciens et modernes, et il est probable qu'on en trouverait bien davantage, si l'attention des observateurs avait été attirée depuis plus longtemps sur ses caractères spéciaux.

[1] Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, 2e édition. Paris, 1885, obs. XIII, p. 229.

[2] Voyez LIIe leçon, p. 221.

CINQUANTE-HUITIÈME LEÇON

DES DÉLIRES HYSTÉRO-HYPNOTIQUES PROVOQUÉS

SOMMAIRE

I. Délires monoidéiques provoqués par suggestions à échéances. Caractères de l'état paraphronique. Symptômes qui le séparent de l'état de veille normal, des états hypnotiques francs et de l'état de veille somnambulique.

II. Délires monoidéiques provoqués par la fixation de l'attention sur une idée quelconque au moment de la production de l'hypnose artificielle.

III. Le délire ecmnésique doit être considéré comme une variété des délires monoidéiques provoqués.

IV. Rôle des délires monoidéiques dans l'histoire de la démonomanie. Le phénomène de la *possession magnétique* trouve son explication naturelle dans l'étude des délires monoidéiques provoqués.

Messieurs,

L'hypnotisme permet de faire, en quelque sorte, l'étude expérimentale de la folie. On peut, en effet, ainsi que nous l'avons vu dans les leçons précédentes, provoquer chez les hystériques hypnotisables et suggestibles, des hallucinations sensorielles, des obsessions psychiques, des impulsions irrésistibles; on peut paralyser leur volonté, transformer leur personnalité, pervertir leur jugement, déterminer des accès de manie ou de mélancolie, produire de toutes pièces le délire des persécutions ou le délire des grandeurs, créer, en un mot, de véritables aliénations mentales artificielles.

L'analyse détaillée de ces vésanies expérimentales présenterait certainement beaucoup d'intérêt, mais elle exigerait une longue série de recherches que je ne suis pas en mesure d'entreprendre aujourd'hui. Je me bornerai, pour le moment, à étudier une partie très limitée de ce vaste sujet, en vous présentant quelques considérations sur une forme particulière des délires hystéro-hypnotiques, à laquelle conviendrait assez bien, ce me semble, le nom de *délires monoidéiques*.

I

Lorsque vous dites à une personne hypnotisée et suggestible : « Demain, à telle heure, vous accomplirez tel acte déterminé, » cette personne, une fois réveillée, vaque à ses occupations ordinaires. Elle paraît jouir de toutes ses facultés. Elle n'a aucun souvenir conscient de ce que vous lui avez dit. Et cependant, quand arrive l'heure convenue, elle éprouve un désir impérieux d'accomplir l'acte suggéré. Au moment où ce désir émerge des profondeurs de l'inconscient et s'impose à la volonté du sujet, celui-ci est, ou semble être, parfaitement éveillé. Il a les yeux ouverts, les mouvements libres, la sensibilité normale. Son entendement n'est troublé que dans la limite de la suggestion. Il a un délire partiel, une véritable monomanie, qui persiste généralement jusqu'à ce que l'acte ait été exécuté. Puis, tout rentre dans l'ordre; le sujet reprend sa vie normale, sans se rappeler ce qu'il vient de faire.

Cet oubli de l'accomplissement des actes suggérés dans ces conditions, a une telle importance qu'il me paraît utile de le démontrer par un exemple concret. Hier, j'ai dit à Emma B..., préalablement endormie : « J'aurai besoin de vous demain matin à l'amphithéâtre. Quand vous entrerez dans la salle, vous irez vous placer bien en face de moi et vous me ferez trois grandes révérences avant de vous asseoir. » La malade, réveillée aussitôt après, a vaqué depuis ce moment à ses occupations habituelles. Nous allons la faire venir, et je serais bien surpris si elle n'exécutait pas rigoureusement l'ordre qu'elle a reçu. La voilà qui franchit le seuil de la porte. Je la prie de s'asseoir, mais elle n'écoute pas. Elle se dirige vers l'hémicycle, s'arrête devant moi, fait trois grandes révérences et va prendre place sur la chaise qui lui est destinée. Je lui demande maintenant pourquoi elle s'est livrée à cette pantomime, et elle répond avec assurance qu'elle n'a rien fait d'anormal, qu'elle n'a salué personne, qu'elle s'est assise tranquillement sur sa chaise aussitôt qu'on le lui a dit.

Les choses se passent exactement de la même façon lorsqu'au lieu de suggestions d'actes on donne au sujet des suggestions d'hallucinations à échéances. Une expérience vous en fournira la preuve. J'ai dit hier à Paule C..., placée en état cataleptoïde : « Demain matin, je vous ferai venir à l'amphithéâtre des cours. En

y arrivant, vous verrez dans la salle une douzaine d'oiseaux qui, après avoir volé un moment dans tous les sens, s'échapperont par les fenêtres. » On va chercher la malade... Elle entre et s'écrie aussitôt : « Oh! ces oiseaux! comme ils sont jolis! Il faut les attraper. Fermez vite les fenêtres... Trop tard... Ils sont tous partis. » Cela dit, elle va s'asseoir le plus naturellement du monde, et si nous lui demandons de nous décrire les oiseaux dont elle vient de parler, elle répond qu'elle ne sait pas du tout ce que nous voulons dire, qu'elle n'a pas vu d'oiseaux et qu'elle ne comprend pas notre question.

L'état psycho-physiologique dans lequel se produisent les épisodes délirants analogues à ceux dont vous venez de voir deux exemples, diffère à la fois de l'état de veille normal et des états hypnotiques francs; il mérite un nom spécial; je propose de l'appeler *état paraphronique*.

Il se distingue de l'état normal : 1° par la concentration subite et involontaire de la pensée sur une idée parasite surgissant tout à coup sans qu'aucune association en explique la genèse : 2° par la perte du souvenir des actes accomplis sous l'influence de cette idée ou des hallucinations provoquées par la suggestion initiale.

Il se sépare des états hypnotiques francs : 1° par l'absence de phénomènes somatiques, 2° par l'impossibilité dans laquelle se trouve l'expérimentateur d'effacer la suggestion initiale et d'en donner de nouvelles tant que dure le délire provoqué. Je puis vous donner tout de suite la démonstration objective de cette dernière assertion. J'endors Paule C... en pressant une de ses zones hypnogènes, et quand elle est en état cataleptoïde je lui dis : « Lorsque vous serez réveillée, vous verrez sur les murs de l'amphithéâtre deux magnifiques tableaux représentant des batailles; » puis, je comprime une de ses zones hypno-frénatrices. En ce moment, Paule C... a les apparences de l'état de veille normal. Elle paraît jouir de toutes ses facultés. Elle répond sans hésitation aux questions qu'on lui pose, mais elle contemple avec étonnement les murs de l'amphithéâtre. Je lui demande :

« Que regardez-vous donc avec tant d'attention?

— J'admire, répond-elle, ces beaux tableaux que je n'avais jamais vus.

— Mais il n'y a pas de tableaux. Vous vous trompez.

— Comment, il n'y a pas de tableaux? Vous voulez vous moquer de moi. Je les vois bien ces deux grands tableaux. Ils représentent

des batailles. Regardez donc ici, ces chevaux, ces canons, ce groupe de morts et de blessés. Et là, voyez ce général qui donne des ordres. »

Nous aurons beau lui affirmer que les murs de l'amphithéâtre sont blancs, nous perdrons notre peine; elle verra les tableaux jusqu'à ce qu'après l'avoir endormie de nouveau nous ayons effacé la suggestion que nous lui avons donnée.

Cette résistance aux suggestions nouvelles établit une ligne de démarcation très tranchée entre l'*état paraphronique* et l'*état de crédulité ou de veille somnambulique*. Dans les deux cas, les sujets ont l'aspect extérieur de gens éveillés et même très éveillés; ils jouissent de toute la liberté de leurs mouvements; leurs muscles ont conservé le tonus normal; leur sensibilité n'est pas modifiée; les phénomènes somatiques de l'hypnose font complètement défaut. Mais dans l'état de crédulité ou de veille somnambulique tel qu'il a été décrit par MM. Émile Yung[1], Bernheim[2], Ch. Richet[3], Liégeois[4], Beaunis[5], de Rochas[6], Delbœuf[7], Forel[8], Morselli[9], etc., les sujets acceptent toutes les suggestions données, tandis que dans l'état paraphronique les suggestions ne sont pas acceptées. Dans ce dernier état, les malades ont un délire partiel, monoidéique, dont rien ne peut les détourner. Subjugués par une sorte de fascination psychique qui domine leur activité, ils restent indifférents à tout ce qui ne se rapporte pas à l'objet de ce délire. Pour le faire cesser, il faut endormir de nouveau les sujets et effacer, pendant le sommeil, la suggestion provocatrice donnée antérieurement pendant le sommeil.

II

L'*état paraphronique* peut être provoqué chez certains sujets par la fixation de l'attention sur une idée quelconque au moment

[1] Émile Yung, *Le sommeil normal et le sommeil pathologique*. Paris, 1883.

[2] Bernheim, *Suggestion à l'état de veille* (*Revue médicale de l'Est*. Nancy, 1883; *Journal de thérapeutique*, 1883; *Société de biologie*, 1884). — *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris, 1884.

[3] Ch. Richet, *De la suggestion sans hypnotisme* (*Société de biologie*, 1884).

[4] Liégeois, *De la suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit*. Paris, 1884.

[5] Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*. Paris, 1886, p. 158.

[6] A. de Rochas, *L'état de crédulité* (*Revue scientifique*, 12 février 1887).

[7] Delbœuf, *La prétendue veille somnambulique* (*Revue philosophique*, 1887).

[8] Forel, *Der Hypnotismus*. Stuttgard, 1889.

[9] Enrico Morselli, *Contributo critico-sperimentale alla fisio-psicologia della suggestione. Sui fenomeni di credulita per suggestione non ipnotica nelle persone sane* (*Rivista di filosofia scientifica*, septembre 1890).

de la production de l'hypnose artificielle. Exemple : Je fais approcher Jeanne M..., qui est en ce moment-ci à l'état de veille normal, et je lui parle du Diable. « Il est horrible, lui dis-je; il a des doigts crochus, des dents pointues, des cornes sur la tête, une fourche à la main. » Et pendant que je fais cette description, je presse légèrement une des zones hypnogènes de la malade. Aussitôt Jeanne, qui avait écouté jusque-là mes paroles sans paraître très émue, pousse un grand cri. Une terreur profonde se peint sur son visage. Elle voit là, devant elle, un diable menaçant, avec une bouche hideuse, un sourire féroce. Que lui veut-il cet être affreux? Il va sans doute la prendre, l'emporter!... Il est manifeste que Jeanne est en proie à une hallucination fortement objectivée, comme le sont d'ordinaire les hallucinations hypnotiques. Cependant, elle n'est pas dans l'état hypnotique ordinaire, et la preuve c'est que l'hallucination persiste malgré les suggestions contradictoires. Je dis à la malade : « Vous vous trompez, ce n'est pas un diable qui est devant vous, c'est un singe. » Vains efforts. Le diable est toujours là. Jeanne ne voit que lui, ne pense qu'à lui, ne parle que de lui. Pour faire cesser l'hallucination, il faut réveiller la malade par la compression de l'ovaire gauche, ou la placer en état cataleptoïde par la pression plus énergique d'une de ses zones hypnogènes. Si on la réveille, la vision s'évanouit sans qu'il en persiste aucun souvenir; si on l'endort plus profondément, l'hallucination obéit aux lois ordinaires des hallucinations hypnotiques : il suffit d'un mot de l'expérimentateur pour la transformer ou la faire disparaître.

Ces observations démontrent que, chez certains sujets facilement hypnotisables, on peut provoquer par la fixation de la pensée sur un objet quelconque, au moment de la production de l'hypnose artificielle, un délire plus fixe que le délire hypnotique vulgaire, puisqu'il ne peut être modifié par suggestion et que pour le faire cesser il faut ou bien réveiller les sujets qui en sont atteints ou bien les plonger dans une phase plus profonde du sommeil hypnotique. Ce délire a tous les caractères des délires monoidéiques provoqués, et l'état dans lequel il se produit est l'*état paraphronique*.

On pourrait peut-être expliquer de la façon suivante le mécanisme de sa genèse : Lorsqu'une idée est fortement gravée dans l'esprit d'un sujet soumis à une action hypnogénique graduelle, elle s'objective avant que tous les symptômes du sommeil artificiel

soient produits, et elle persiste avec son objectivation puissante tant que le sujet n'est pas tout à fait endormi. Les chimistes ont remarqué que certaines combinaisons se produisent plus facilement quand les corps sont à l'état naissant. On pourrait, dans une certaine mesure, interpréter de la même façon les phénomènes qui nous occupent en disant que le délire monoidéique est un symptôme de l'état naissant du sommeil hypnotique.

III

Le délire ecmnésique doit être considéré comme une variété des délires monoidéiques dont nous venons d'analyser les caractères et d'indiquer les principaux modes de production. Il peut être provoqué comme eux, soit par des suggestions à échéances, soit par la fixation de l'attention des sujets, au moment de l'action des procédés hypnogènes, sur une période déterminée de leur vie passée. Exemples :

1° J'endors Albertine M..., et je lui dis : « Quand vous serez réveillée, vous aurez douze ans. Vous serez placée à Blaye, chez M. X... [1]. » Puis, je la réveille en pressant sur une de ses zones hypno-frénatrices, et je lui demande :

« Qu'avez-vous fait ce matin, Albertine?

— Monsieur, répond-elle, me prenant pour son ancien maître, j'ai balayé le magasin, j'ai fait votre chambre, je vais aller maintenant porter à déjeuner au garçon qui est sur le quai. Mais, auparavant, je vais mettre de l'ordre ici. »

Et elle se met, en effet, à essuyer les chaises et les tables de l'amphithéâtre. Parlons-lui des événements qui se sont passés depuis l'époque où elle était au service de M. X...; elle ne comprendra rien à notre langage, et pour la faire revenir à l'appréciation exacte des réalités, nous serons obligés de la faire sortir de l'état paraphronique dans lequel elle se trouve, en comprimant fortement son ovaire gauche.

Remarquez bien qu'il ne s'agit pas ici d'une suggestion hypnotique simple. Si nous disions à la malade pendant qu'elle est à l'état cataleptoïde : « Vous avez douze ans, » elle parlerait, pleurerait et agirait comme une enfant de douze ans; mais il nous suffirait

[1] A l'âge indiqué, la malade était en effet placée à Blaye, chez un marchand de quincaillerie et d'objets de bazar. Elle n'est restée que quelques mois à son service.

de lui dire : « Vous avez maintenant quatre-vingts ans, » pour qu'elle se mît aussitôt à parler, à penser et à agir comme un vieillard. La suggestibilité, dans l'état d'hypnotisme franc, est indifférente; toutes les suggestions sont acceptées sans résistance; l'expérimentateur peut changer à volonté les penchants, les sentiments, la personnalité du sujet hypnotisé. Dans l'état paraphronique, au contraire, les suggestions ne sont pas acceptées, et le délire persiste immuable tant que dure l'état paraphronique, malgré tous les efforts qu'on peut faire pour le modifier.

2° Albertine étant actuellement revenue à l'état de veille normal, je lui parle de l'époque où, à l'âge de sept ans, elle gardait la vache de sa mère-nourrice. Elle rappelle ses souvenirs relatifs à cette période de sa vie; elle nous décrit les qualités et les défauts de l'animal dont elle avait la surveillance. Pendant qu'elle se complaît dans ce récit, je presse une de ses zones hypnogènes. Aussitôt elle tombe en état paraphronique, et nous assistons à une scène de délire ecmnésique tout à fait semblable à celles que nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer dans les attaques de délire spontané de la même malade. Elle croit être sur le bord d'une route; sa bête broute paisiblement; elle la surveille et l'empêche de pénétrer dans les champs où elle ne doit pas entrer. A ce moment, sa personnalité a subi le phénomène de réversion qui caractérise l'ecmnésie. Notre malade a six ou sept ans; elle ne se rappelle rien de ce qu'elle a appris depuis l'époque où elle passait réellement ses journées à garder la vache de sa mère-nourrice. Cette scène de délire durera jusqu'au moment où nous ferons cesser l'état paraphronique en comprimant l'ovaire gauche de la malade.

Ces deux expériences prouvent bien que le délire ecmnésique peut être provoqué par les mêmes procédés que les délires monoidéiques simples dont il n'est, en somme, qu'une variété.

IV

Les faits que nous venons d'étudier fournissent l'explication d'un certain nombre de phénomènes qui se montrent assez souvent dans le cours du somnambulisme naturel ou artificiel.

a) Autant qu'on peut en juger par la description des auteurs qui ont été témoins des grandes épidémies de démonopathie, le

délire des possédées avait les caractères des *délires monoidéiques*. Les malades étaient prises tout à coup, en entrant dans les églises, en voyant approcher les exorcistes, en entendant le son des cloches, etc., d'une agitation délirante accompagnée ou non de convulsions. Elles parlaient au nom du diable qui était censé avoir pris possession de leur être. Elles proféraient des blasphèmes, injuriaient les prêtres, étonnaient les personnes de leur entourage par le cynisme de leurs propos et revenaient sans cesse sur les mêmes sujets, malgré les objurgations des personnes qui cherchaient à donner un autre cours à leurs pensées. Si elles eussent été dans l'état somnambulique vulgaire, le rôle des exorcistes eût été des plus simples : à la première injonction, le délire démoniaque se serait évanoui et la possédée aurait accepté sans résistance toutes les suggestions possibles. Du moment qu'elles persistaient dans leur systématisation délirante, c'est qu'elles n'étaient pas dans l'état somnambulique complet. Tout porte à croire qu'elles étaient en état paraphronique. Vivant dans une société où les préoccupations religieuses occupaient une place considérable et où les superstitions étaient d'autant plus enracinées qu'elles étaient plus grossières, les malheureuses hystériques, entendant incessamment parler de Satan et de ses œuvres, avaient toujours l'esprit hanté par la crainte du diable. Quand elles s'endormaient, elles étaient dominées par cette crainte, et, au lieu d'avoir des attaques de sommeil somnambulique vrai, elles avaient des attaques de délire monoidéique provoqué par la fixation constante de leur attention sur les sujets érotico-religieux qui les obsédaient à l'état de veille.

b) Nos études fournissent également l'explication d'un phénomène très curieux du somnambulisme provoqué : le phénomène de la *possession magnétique*.

Il arrive assez souvent que les sujets hypnotisés ne sont en rapport qu'avec leur hypnotiseur. Ils ne voient que lui, n'entendent que lui, ne répondent qu'à lui, et pour qu'une autre personne puisse entrer en communication avec eux, il faut que cette personne soit touchée ou tout au moins désignée à leur attention par l'hypnotiseur.

En tant que fait, ce phénomène de la possession magnétique n'est pas contestable. Il a été signalé depuis fort longtemps par les anciens magnétiseurs, par de Puységur, Deleuze, l'abbé Faria,

le général Noizet[1], etc. M. Liébeault le donne comme un des symptômes caractéristiques d'une des phases du sommeil artificiel. Mais la plupart des auteurs modernes s'abstiennent d'en parler, probablement à cause de l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent d'en donner une explication acceptable.

En réalité, il n'a rien de merveilleux. On peut, chez certains sujets, le produire à volonté, par les mêmes procédés qui servent à provoquer les délires monoidéiques. Dites au sujet que vous allez hypnotiser de penser fortement à vous, parlez-lui des services que vous lui avez rendus ou de ceux que vous pouvez lui rendre, et pressez doucement une de ses zones hypnogènes; dans un bon nombre de cas, cela suffira pour déterminer la possession magnétique.

La preuve qu'il s'agit bien là d'un phénomène de *monoidéisme provoqué,* c'est qu'on peut tout aussi aisément mettre le sujet en possession d'une tierce personne, en fixant son attention sur cette personne au moment où on exécute la manœuvre hypnogène. Il importe peu, du reste, que la personne en question soit présente ou absente. Si elle est présente, le sujet ne voit qu'elle, n'entend qu'elle et n'obéit qu'à elle; si elle est absente, il pense à elle et n'écoute pas les ordres qui lui sont donnés, même par son hypnotiseur.

Ce phénomène de la possession magnétique peut également se produire dans certains cas d'auto-hypnotisation, dans lesquels la concentration de la pensée au début du sommeil, — c'est-à-dire la condition la plus ordinaire de la production des délires monoidéiques, — se trouve réalisée. M. Beaunis raconte incidemment dans ses études sur le somnambulisme provoqué l'observation d'une dame à laquelle il avait dit en quittant Nancy : « Quand vous voudrez vous endormir, vous n'aurez qu'à dire en prononçant mon

[1] « Le somnambule qui répond aux questions de la personne qui l'a endormi est ordinairement sourd pour toutes les questions qui viendraient d'autre part et pour le bruit qui se fait autour de lui, quelque fort qu'il puisse être. Il n'existe pas de fait mieux constaté que celui que j'énonce ici. Tous les magnétiseurs l'ont reconnu. On le trouve consigné dans les ouvrages de MM. de Puységur et Deleuze, ainsi que chez tous les écrivains qui ont parlé du somnambulisme. Enfin, je l'ai vu moi-même vingt fois chez l'abbé Faria et je l'ai vérifié sur le somnambule prussien dont il a été question dans le chapitre précédent... Un second fait non moins certain, non moins connu que le premier, est celui-ci : qu'il suffit qu'une personne quelconque soit touchée par le magnétiseur, qu'il la fasse toucher par le somnambule, ou même qu'il la désigne à son attention pour que, dès ce moment, toutes les questions qu'elle pourra lui faire soient entendues. » (Général Noizet, *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal.* Paris, 1854, p. 97.)

nom : Endormez-moi. » Le procédé réussit à merveille. La dame s'endormait quand elle le désirait; mais, une fois endormie, elle n'était en rapport avec aucune des personnes présentes; elle n'entendait pas leur voix, elle n'écoutait pas leurs ordres, elle ne songeait qu'à M. Beaunis [1].

En fait, cette dame était en état de délire monoidéique provoqué, et les détails de l'expérience rendent parfaitement compte de la production de ce délire.

[1] Beaunis, *op. cit.*, p. 28.

CINQUANTE-NEUVIÈME LEÇON

DES ZONES IDÉOGÈNES

SOMMAIRE

I. Définition des zones idéogènes. Historique. Recherches de Braid sur le phréno-hypnotisme. Observations récentes de M. Chambard et de M. Féré relatives à la provocation d'états émotifs par l'excitation, chez certains sujets, de points limités du tégument.

II. Il ne faut pas confondre les effets de l'excitation des zones idéogènes avec les suggestions provoquées par la contraction des muscles de l'expression.

III. Zones idéogènes siégeant sur le crâne. Exemples.

IV. Zones idéogènes siégeant sur le tronc et les membres. Exemples.

V. Zones idéogènes excitables, même à l'état de veille, chez certaines hystériques. Exemples.

VI. Essai d'interprétation physiologique.

Messieurs,

Je propose de donner le nom de *zones idéogènes* à des régions circonscrites du corps, dont l'excitation fait immédiatement surgir dans l'esprit de certains sujets hystériques, endormis ou éveillés, une pensée qui s'impose impérieusement à la conscience de ces sujets et ne peut être chassée tant que dure l'excitation qui lui a donné naissance.

Les développements qui vont suivre justifieront, si je ne me trompe, tous les termes de cette définition.

I

Braid, dans divers passages de son livre sur le sommeil nerveux [1], affirme que, chez beaucoup de sujets hypnotisés, l'excitation méca-

[1] James Braid, *Neurypnologie : Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme.* Traduction française par Jules Simon. Paris, 1883.

nique de certaines régions du crâne est suivie de la manifestation active de sentiments, de sensations, de passions, ou d'autres modes de l'activité psychique. Malheureusement, au lieu de se borner à constater des faits précis et à indiquer exactement leur mode de production expérimentale, il chercha à en tirer une démonstration des doctrines phrénologiques de Gall et de Spurzheim. Il se défend bien d'avoir voulu solidariser les faits et la théorie :

« Mon intention, dit-il au début de son livre, n'est ni de prouver ni de combattre la phrénologie, mais plutôt d'établir la valeur de l'hypnotisme et de déterminer la meilleure manière de l'appliquer comme moyen d'amélioration des conditions mentales, morales et physiques de l'homme[1]. »

Mais l'expression de *phréno-hypnotisme* donnée par lui à cette partie de son œuvre, le langage qu'il emploie dans le récit de ses expériences, les réflexions dont il les accompagne, tout proteste contre cette sage réserve.

La plupart de ses observations relatives au phréno-hypnotisme manquent d'ailleurs de précision et de détails suffisamment circonstanciés. En voici quelques exemples :

« Par l'excitation de la région de l'*idéation* et de la *constructivité*, un jeune homme se mit à écrire, l'autre à dessiner des modèles. Une jeune fille, à la suite de l'excitation de la *conscienciosité,* restitua une gibecière qu'elle avait dérobée et se mit à fondre en larmes à la pensée de sa faute. Ses amies s'inquiétaient de l'intensité de son émotion ; mais, en changeant le point de contact, je la fis rapidement passer des pensées sombres à des idées plus gaies, etc. [2]. »

Des expériences décrites si brièvement et dans de pareils termes ne sont pas de nature à satisfaire des hommes habitués à la rigueur des observations régulières et à porter la conviction dans leurs esprits. Aussi, les auteurs qui se sont occupés dans ces dernières années de l'étude de l'hypnose artificielle ont-ils négligé de contrôler les expériences de Braid sur les actions idéogéniques, les uns parce que l'idée de jouer de l'intelligence comme d'un piano leur a paru trop étrange (Azam), les autres parce que la démonstration de la fausseté des doctrines phrénologiques impliquait, croyaient-ils, la fausseté du phréno-hypnotisme (Mathias Duval, Seppilli), tous parce que les récits consignés dans l'ouvrage de Braid ne portaient pas le cachet d'authenticité qu'on est en droit d'exiger de toute observation servant de base à des notions scientifiques nouvelles.

[1] J. Braid, *op. cit.*, p. 7.
[2] J. Braid, *op. cit.*, p. 5.

En fait, il n'existe pas, à ma connaissance, dans la littérature contemporaine, un seul travail de contrôle ou de recherches sur les faits d'idéogénie signalés par Braid, et dans le nombre immense d'expériences publiées depuis dix ans, je n'en ai pu trouver que deux se rapportant au sujet qui nous occupe.

La première est due à M. Chambard; elle a trait à une malade qui présentait sur différentes parties du corps des *points érogènes:*

« Vient-on, dit M. Chambard, à appuyer légèrement la pointe du doigt sur un de ces points, on voit aussitôt la malade tressaillir, sa face se congestionner, et bientôt son visage, son attitude, ses paroles, ses mouvements ne laissent aucun doute sur les sensations voluptueuses qu'elle éprouve et dont elle est incapable de maîtriser les manifestations. Les effets que nous venons d'énumérer sont encore beaucoup plus marqués si la malade a été préalablement plongée dans le sommeil hypnotique. Il nous a suffi dans cet état, pour déterminer l'orgasme vénérien et une véritable répétition de l'acte du coït, de diriger un souffle très léger vers la région palmaire de notre sujet [1]. »

La seconde appartient à M. Féré. Une des malades qu'il a eu l'occasion d'étudier avait à la face supérieure du sternum une zone dont l'excitation provoquait une scène érotique avec abondante sécrétion de liquide vulgo-vaginal [2].

J'ai observé depuis cinq ans un bon nombre de faits analogues. J'ai vu plusieurs hystériques chez lesquelles la pression ou la friction de certains points limités du crâne, du tronc ou des membres, provoquait des sensations agréables ou pénibles, des idées tristes ou gaies, des explosions irrésistibles de rires ou de pleurs, des colères violentes ou des expansions de tendresse, des hallucinations grotesques ou terrifiantes. Cela m'a paru tout d'abord fort surprenant; je me suis même demandé longtemps si je n'étais pas victime de quelque erreur d'observation ou dupe de quelque supercherie. Cependant, en multipliant les expériences, j'ai acquis la certitude que les faits dont je vous parle étaient bien réels. J'espère que vous partagerez bientôt cette opinion; mais avant de vous rendre témoins des expériences sur lesquelles je compte pour vous convaincre, je désirerais vous faire connaître une cause d'erreur qui pourrait, si nous n'en tenions compte, disqualifier nos observations.

[1] Chambard, Th. doct., Paris, 1881.

[2] Ch. Féré, *Les hypnotiques hystériques considérés comme sujets d'expériences en médecine mentale* (*Société médico-psychologique*, 28 mai 1883, et *Archives de neurologie*, t. VI, p. 130).

II

C'est un fait aujourd'hui bien connu, que l'attitude générale du corps provoque certaines suggestions. Braid l'a, le premier, nettement indiqué, et tous les observateurs qui ont bien voulu s'en donner la peine ont pu contrôler, sur ce point spécial, l'exactitude de ses affirmations. On joint les mains d'un sujet placé dans l'état cataleptique ou cataleptoïde, et aussitôt ce sujet commence à réciter une prière. On ferme ses poings, on les fixe devant son visage dans l'attitude de la boxe, et aussitôt il lance des coups dans le vide comme s'il se battait avec un ennemi.

MM. Charcot et Richer ont eu l'idée de rechercher l'effet que produirait, chez les mêmes sujets, l'excitation isolée des muscles de l'expression. Leurs expériences ont donné des résultats fort intéressants. Elles ont démontré que la faradisation des muscles dont la contraction donne au visage l'expression du rire, de la tristesse, du dégoût, du mépris, etc., détermine des états de conscience en rapport avec ces expressions[1].

Or, vous savez que dans quelques cas, les muscles des sujets hypnotisés sont hyperexcitables, non seulement dans l'état léthargique qui supprime toutes les manifestations extérieures de l'activité psycho-sensorielle, mais même dans l'état somnambulique ou dans l'état cataleptoïde. Que se passera-t-il si, sur un de ces sujets, on excite, avec le doigt ou avec un corps dur quelconque, ceux des muscles du visage qui servent à l'expression des sentiments? Nous allons le voir ensemble en pratiquant quelques expériences sur une de nos malades qui présente de l'hyperexcitabilité des muscles dans l'état cataleptoïde, Marie-Louise F...

Après l'avoir placée, par la fixation du regard, en *état cataleptoïde les yeux ouverts,* je touche avec deux baguettes de verre les bords externes de sa lèvre inférieure, en dehors et au-dessous des angles de la bouche. Le visage de la malade devient souriant (contraction du muscle *risorius*) et une idée risible naît dans son esprit, car elle dit à haute voix : « Oh! que c'est drôle! que c'est drôle! » *(Planche VI, fig. 2.)*

Je porte les baguettes de verre sur les côtés du front (partie

[1] Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie,* 2e édit. Paris, 1885, p. 669.

latérale des muscles frontaux). Marie-Louise prend un air étonné et dit, en soulevant ses épaules : « Après tout, elle a peut-être raison. » *(Planche VI, fig. 4.)*

J'applique les baguettes de verre un peu en dehors du bord externe des ailes du nez, au niveau des muscles releveurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Aussitôt le visage prend un aspect dédaigneux, et la malade dit : « Pschutt ! ce n'est que ça ! » *(Planche VII, fig. 2.)*

Je les place en dehors des arcades sourcilières : son visage devient triste, et si on lui demande à quoi elle pense, elle répond qu'elle songe à la peine qu'elle a faite à ses parents. *(Planche VII, fig. 3.)*

J'excite les muscles pyramidaux au-dessus de la racine du nez; la malade prend un air courroucé, elle ferme le poing et s'écrie : « Laissez-moi la battre. Va-t-en, mauvaise femme ! Nous n'avons pas besoin de toi ! » *(Planche VII, fig. 4.)*

Il résulte de ces expériences, que nous pourrions varier à l'infini, qu'en choisissant convenablement les points d'excitation on peut faire contracter les muscles qui président à l'expression des sentiments et donner ainsi au visage de la malade le masque de la colère, du dédain, de la tristesse, de la gaieté, etc. Il en résulte encore que la contraction des groupes musculaires qui déterminent ces expressions a un retentissement immédiat sur l'intelligence du sujet et fait naître dans son esprit des idées, des sentiments ou des hallucinations en rapport avec les expressions de son visage. Nous avons donc là un moyen d'exercer une action idéogénique. Mais je ne crois pas qu'on puisse donner le nom de *zones idéogènes* aux points du visage dont l'excitation provoque cette action. Il s'agit là d'une forme de suggestion par les sensations d'origine musculaire, tandis que les véritables zones idéogènes produisent leurs effets indépendamment de toute intervention des muscles sous-jacents.

III

La malade sur laquelle nous venons de pratiquer les expériences précédentes possède deux de ces zones idéogènes directes. L'une est une *zone d'extase,* située sur le sommet du crâne, où elle occupe, de chaque côté du vertex, à trois centimètres de la ligne médiane, un espace mesurant environ trois centimètres carrés;

l'autre est une *zone de babillage* siégeant sur la face externe des deux apophyses mastoïdes.

Les effets produits par leur excitation sont des plus nets :

Quand on excite par friction ou par compression les *zones d'extase (Planche VIII, fig. 2)*, la malade lève les yeux au ciel ; elle joint les mains, prend l'attitude du recueillement extatique et voit une Sainte Vierge à laquelle elle adresse une fervente prière. La même excitation, portée en avant ou en arrière de ces zones, détermine la contraction des muscles frontaux ou occipitaux avec plissement de la peau du front ou de la nuque, mais sans hallucination ni attitude extatique.

L'excitation des *zones de babillage* fait parler la malade avec une vivacité et une volubilité qui ne sont pas dans ses habitudes. Les propos qu'elle tient alors sont très variables. Le plus souvent ils se rapportent à des faits qui se sont passés le jour même ou les jours précédents. Les phrases se suivent sans interruption, sans arrêt. Souvent elles se succèdent précipitamment, sans être reliées entre elles par des transitions logiques. La malade parle pour le plaisir de parler, parce qu'elle a envie de parler, parce qu'elle ne peut pas s'empêcher de parler, et tant que dure l'excitation des régions mastoïdiennes, elle dit tout ce qui lui passe par la tête. On a beau la prier de se taire, lui ordonner de rester silencieuse, elle continue son ramage avec la même précipitation et ne se tait que lorsqu'on cesse d'exciter ses zones de babillage. Alors, elle s'arrête subitement, au milieu de la phrase commencée, et ne conserve aucun souvenir de ce qu'elle vient de raconter.

Les zones idéogènes de notre malade ne peuvent pas être supprimées par suggestion. J'ai fait plusieurs fois déjà une expérience que je vais répéter devant vous. Je donne à Marie-Louise préalablement hypnotisée la suggestion qu'elle est devenue muette, qu'elle ne peut plus parler. La suggestion se réalise : la malade ne répond plus que par gestes aux questions qu'on lui pose. Mais si on vient à exciter ses zones de babillage, elle se met à parler précipitamment, comme si aucune suggestion ne lui avait été donnée. Elle redevient absolument aphasique aussitôt qu'on cesse de frictionner ses régions mastoïdiennes.

J'ai rencontré sur plusieurs autres malades des zones idéogènes siégeant sur différents points du crâne et se comportant exactement comme celles de Marie-Louise F...

1° Jeanne M... possède une *zone de rire* située au niveau de la

protubérance occipitale externe et de la ligne courbe supérieure de l'occipital. Quand on frictionne cette région, la malade est prise d'un rire bruyant, convulsif, que rien ne peut arrêter. Interrogée sur le motif de ce rire, elle dit qu'elle ne voit rien de particulier, qu'elle ne pense à rien de drôle, mais qu'elle a besoin de rire, et en effet, tant que dure l'excitation, elle rit aux éclats. Elle s'arrête au contraire tout à coup, quand on cesse de frictionner la région sus-indiquée, et la malade ne se souvient pas du tout d'avoir ri à gorge déployée. Le chatouillement sur d'autres points du corps provoque bien le rire, mais c'est un rire modéré, naturel, normal si je puis ainsi dire, tandis que celui que provoque l'excitation de la protubérance occipitale est un rire éclatant, insurmontable, maladif.

2° Pauline T... possède une *zone d'extase* située sur le milieu du front. Quand on comprime fortement cette région pendant que la malade est en état cataleptoïde, elle rapproche ses mains, les élève vers le ciel dans l'attitude de la contemplation fervente, et si on lui demande ce qu'elle fait, elle répond invariablement : « Vous le voyez bien, je prie Dieu. »

3° Éléonore L... est une jeune fille de dix-sept ans, très honnête, qui n'a jamais été dressée aux expériences d'hypnotisme. Elle a eu depuis deux ans, à l'occasion de vives contrariétés, quatre ou cinq attaques d'hystérie convulsive. Entrée à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Badal, pour y être traitée d'un strabisme interne datant de l'enfance, elle n'a été hypnotisée que deux fois. Dès la première tentative, elle s'endormit après quelques minutes de fixation du regard. Nous recherchâmes si elle avait des zones idéogènes, et nous notâmes les résultats suivants :

a) La friction sur les faces latérales du nez provoque une profonde tristesse. La malade soupire, sanglote. « J'ai bien de la peine, dit-elle; ma pauvre mère est bien malheureuse. »

b) La friction des apophyses mastoïdes détermine une petite scène de dépit. Éléonore frappe du pied comme si elle était vivement contrariée. « Je suis sûre, dit-elle, que ma mère ne me laissera pas aller à Pauillac demain. »

c) La friction des régions temporales est immédiatement suivie d'un rire bruyant. « Non, c'est trop risible, dit la malade. Est-il assez drôle, ce *Capitaine Ramollot!* Vous l'avez lu, n'est-ce pas? Moi, je l'ai chipé à mon frère, etc. »

d) Vient-on à frictionner la protubérance occipitale externe, le

visage de la malade prend une expression menaçante : « Si j'avais un revolver, dit-elle, je le tuerais, le misérable! »

Toutes ces zones ont une action puissante. Les idées ou les sentiments exprimés par la malade pendant leur excitation se rapportent à des événements qui ont fortement frappé son esprit. Lorsqu'elle parle de *tuer le misérable,* elle songe à son père qui s'est enfui du toit conjugal avec une maîtresse, abandonnant sa femme et ses enfants et les dépouillant de ce qui leur appartenait. Le *Capitaine Ramollot* appartient en réalité à la bibliothèque de son frère. Le *refus opposé par sa mère à l'exécution projetée d'un voyage à Pauillac* l'a très vivement contrariée il y a quelques mois, et a même été cause d'une attaque de nerfs. Enfin, les soupirs que lui arrache la pensée *des malheurs de sa mère* s'expliquent par ce fait que, depuis le départ de son mari, la pauvre femme a dû se livrer aux travaux les plus pénibles pour assurer l'existence de ses enfants.

IV

Nous n'avons parlé jusqu'à présent que des zones idéogènes siégeant sur le crâne, mais on peut en rencontrer aussi sur le tronc et sur les membres.

Le plus bel exemple que je vous en puisse citer est celui de Théophile S..., hystérique âgée de vingt et un ans, qui a été traitée à diverses reprises dans notre service, en 1885 et 1886. C'est une grosse femme, commune et d'un naturel tout à fait pervers. Née d'un père violent et d'une mère franchement hystérique, elle s'est adonnée, dès avant la puberté, à la masturbation. Elle a eu son premier amant à dix-sept ans et s'est mariée, à dix-neuf ans, avec un phtisique qui est mort un an après et pour lequel elle paraît avoir eu un attachement sincère. Elle a eu sa première attaque d'hystérie à seize ans, à la suite d'une peur, en veillant une morte. Depuis lors, elle a eu un grand nombre d'attaques convulsives et une foule d'accidents névropathiques.

Elle porte plusieurs stigmates hystériques et, en particulier, une hémianalgésie du côté gauche. Elle est très facilement hypnotisable. Par la fixation du regard ou par la pression de diverses zones hypnogènes, on provoque chez elle soit l'état cataleptoïde, soit l'état léthargoïde.

Lorsqu'elle est en état cataleptoïde, tout son corps est pour

ainsi dire couvert de zones idéogènes. Je vous indiquerai seulement les plus actives.

Si l'on vient à frictionner légèrement :

Les régions temporales, la malade parle précipitamment de n'importe quoi et de n'importe qui; elle ne peut s'empêcher de parler;

Le sommet du crâne, elle se met à genoux et prie la Sainte Vierge qui est là : « C'est la Sainte Vierge de chez moi, Notre Dame de Rocamadour; »

Le menton ou *la région sus-hyoïdienne,* elle fait des mouvements de déglutition et demande à manger;

La joue droite, elle devient triste, sanglote, verse des larmes; elle pense à ses malheurs, à la mort de son mari, etc.;

La joue gauche, elle voit des scènes de lubricité : « Eh bien! ne vous gênez pas! C'est propre de faire ça devant tout le monde! Oh! qu'ils sont cochons, ces hommes! »

Le côté droit du cou, elle est effrayée; elle voit des hommes qui emportent le cercueil de son mari et se disputent sur son cadavre;

Le côté gauche du cou, elle s'ennuie : « Oh! que je m'ennuie, bon Dieu! que je m'ennuie! »

La région sous-claviculaire droite, elle s'évente et déboutonne son corsage en disant : « Qu'il fait chaud ici, on étouffe! »

La région sous-claviculaire gauche, elle grelotte, ramène ses vêtements sur sa poitrine; elle a froid, elle est glacée;

La région sous-mammaire droite, elle est fatiguée, elle souffre de partout;

La région sous-mammaire gauche, elle veut coudre : « Donnez-moi vite mon ouvrage; il faut que j'ourle des mouchoirs; »

L'hypocondre droit, elle bâille en disant : « Quelle flemme je me tiens! Je n'ai pourtant pas trop travaillé aujourd'hui! »

L'hypocondre gauche, elle veut aller courir : « Je veux aller me balader. Laissez-moi vite m'habiller, il faut que je parte! »

La région inguinale droite, elle veut se friser;

La région inguinale gauche, elle veut écrire : « Vite, vite, du papier, de l'encre, une plume. J'ai besoin d'écrire à Louis! »

La face postérieure ou *externe du bras droit,* elle voit un bouquet : « Ah! il est chic, très chic, ce bouquet. Voulez-vous me le donner? »

La face dorsale de la main droite, elle voit un petit chien très

gentil qui lève la patte : « Est-elle jolie, cette bête! On voudrait l'embrasser; »

La face antérieure de la cuisse droite ou *gauche,* elle voit un pantin. « Ah! qu'il est drôle, ce petit pantin! Pourquoi l'avez-vous porté ici? »

Les faces antérieure ou *interne de la jambe droite,* elle veut faire du crochet;

Les faces antérieure ou *externe de la jambe gauche,* elle veut lire. « Donnez-moi un livre, j'ai envie de lire. »

Les premières fois que je constatai ces zones idéogènes si nombreuses et à effets si variés, je crus que la malade (dont la moralité ne m'inspirait d'ailleurs aucune confiance) cherchait à se rendre intéressante et qu'au fond elle se moquait de moi. Cependant, les intonations et les attitudes admirablement justes avec lesquelles elle exprimait les différents sentiments évoqués par l'action des zones excitées, la rapidité avec laquelle elle passait de la tristesse ou de la gaieté à l'indifférence absolue aussitôt qu'on cessait les excitations, me laissaient des doutes. Je la savais assez effrontée pour essayer de nous tromper, mais je ne la croyais pas capable de le faire avec une telle habileté.

Pour résoudre la question, je fis, avec le concours de M. Arrou, alors interne du service, une série d'observations régulières. Nous pratiquâmes (19 mai 1885) sur un grand nombre de points du corps de la malade, préalablement hypnotisée, des excitations localisées, en prenant très exactement note des points excités et des effets positifs ou négatifs provoqués par ces excitations. Munis de ces notes, nous refîmes la même série d'expériences, les 25 septembre 1885 et 16 février 1886. Si la malade, nous disions-nous, invente les réactions dont elle nous donne le spectacle, les manifestations simulées seront évidemment différentes d'une expérience à l'autre, car il serait tout à fait extraordinaire qu'elle se rappelât exactement, à plusieurs mois d'intervalle, ce qu'elle a fait et dit par pur caprice, quand on excitait tel ou tel point de son corps. Or, les résultats de nos trois expériences furent tellement concordants que nous dûmes éliminer l'hypothèse d'une simulation volontaire.

Tout en poursuivant ces observations, nous fîmes, M. Arrou et moi, quelques constatations intéressantes que je dois vous signaler.

a) Nous remarquâmes que la friction, ou pour mieux dire le grattage avec l'ongle ou avec un corps dur quelconque, était le

mode d'excitation le plus efficace des zones idéogènes de notre malade. Il importait peu d'ailleurs que ce grattage fût pratiqué sur la peau nue ou recouverte des vêtements. Toutefois, l'effet idéogénique ne se produisait pas si le grattage était fait par la malade elle-même.

b) La compression des points idéogènes donnait souvent des effets autres que la friction. C'est ainsi que la compression des régions sous-claviculaires était léthargogène à droite et léthargo-frénatrice à gauche, tandis que la friction légère de ces mêmes régions provoquait des sensations très vives de froid ou de chaud.

c) Quand nous excitions en même temps plusieurs zones à effets différents, mais non opposés, la malade avait à la fois les idées ou les hallucinations provoquées par l'excitation de ces zones. Si, par exemple, nous frictionnions la face antérieure de la cuisse droite et la face dorsale de la main droite, elle voyait simultanément un pantin et un petit chien. Mais si les effets des zones étaient opposés et ne pouvaient logiquement coexister comme le froid et le chaud, la tristesse et la gaieté, la malade avait aussitôt une attaque convulsive.

d) Nous remarquâmes encore que les suggestions verbales ne pouvaient empêcher la production des phénomènes idéogéniques. Si nous enjoignions, par exemple, à Théophile de ne pas penser à des choses tristes et qu'après cela nous frictionnions sa joue gauche, elle se mettait à pleurer à chaudes larmes, en disant : « Comment voulez-vous que je ne pense pas à des choses tristes quand je vois mon mari mort? »

e) Enfin nous constatâmes que lorsqu'on transférait de gauche à droite, par l'action des métaux ou par suggestion, l'hémianalgésie de la malade, toutes les zones idéogènes unilatérales étaient par le fait même transférées du côté opposé.

V

Les zones idéogènes ne sont habituellement actives que dans l'état hypnotique; à l'état de veille, leur excitation ne provoque aucun phénomène particulier. Chez quelques sujets cependant les effets idéogéniques se produisent également dans l'état de veille normal et dans l'état de sommeil hypnotique. La malade de M. Chambard était de ce nombre. Quand on venait à toucher ses

points érogènes, elle éprouvait des sensations voluptueuses caractéristiques, soit qu'elle fût éveillée ou qu'elle eût été préalablement hypnotisée. Je puis vous montrer une personne qui se trouve dans le même cas; c'est la nommée Albertine M..., qui possède plusieurs variétés de zones idéogènes :

a) Elle a des zones idéogènes vulgaires dont l'excitation provoque l'apparition immédiate d'une hallucination à contours nettement définis. Exemple : La pression du sommet du crâne fait surgir l'image d'une Sainte Vierge, devant laquelle la malade se prosterne avec d'autant plus de ferveur que la pression est plus forte. *(Planche III, fig. 1, 2, 3 et 4.)*

b) Elle a des zones impulsives, c'est-à-dire des zones dont l'excitation évoque le désir impérieux et irrésistible d'accomplir certains actes déterminés. Exemple : La pression de la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale la pousse à danser. *(Planche IV, fig. 3.)*

c) Enfin, elle a des zones qu'on pourrait appeler idéo-ecmnésiques, c'est-à-dire des zones dont la pression détermine un véritable accès de délire ecmnésique. Exemple : La pression de la région sous-maxillaire provoque une scène de violente colère. La malade distribue autour d'elle des giffles et des coups de pied, en s'écriant : « Ah! méchante femme, tu as tué ma poule! Attends, attends, canaille, voleuse, tu vas me payer cela! etc. » *(Planche IV, fig. 1.)* Elle se croit alors en présence d'une de ses voisines qui effectivement a tué jadis une de ses poules, ce qui a été l'occasion d'une bataille en règle.

Eh bien! toutes ces zones sont excitables indifféremment à l'état de veille ou à l'état de sommeil hypnotique. Leur compression provoque cet état particulier dans lequel évoluent les délires monoidéiques et que nous avons décrit précédemment sous le nom d'*état paraphronique*. Aussi l'hallucination, l'impulsion ou le délire provoqués par leur compression persistent-ils, quoique on cesse de les comprimer. Pour faire disparaître les effets de leur excitation, il faut :

Ou bien réveiller la malade par la compression de la région ovarienne gauche;

Ou bien la placer dans l'état de sommeil hypnotique vulgaire, par la compression d'une zone hypnogène;

Ou bien souffler à plusieurs reprises sur la zone primitivement comprimée;

Ou bien, enfin, exciter une autre zone idéogène, ce qui change

la nature des manifestations délirantes sans faire cesser l'état paraphronique.

Il est possible que les choses ne se passent pas ainsi chez toutes les personnes qui ont des zones idéogènes excitables à l'état de veille; je ne saurais rien affirmer à ce sujet, n'ayant jamais eu l'occasion d'étudier d'autres cas de ce genre.

VI

De l'ensemble des faits dont je viens de vous entretenir, il ressort clairement que, chez certains sujets, le plus souvent chez des sujets en état de sommeil hypnotique, des excitations limitées à certains points du corps sont suivies de phénomènes d'idéogénie provoqués manifestement par les excitations initiales.

Comment peut-on expliquer ce retentissement d'une impression sensitive déterminée sur les organes les plus élevés de l'activité cérébrale?

Notons d'abord qu'il n'y a aucun rapport constant, nécessaire, entre les points du corps où siègent les zones d'idéogénie et la nature des idées ou des sentiments sollicités par leur excitation. Chez un même sujet, l'excitation d'un même point détermine bien, à différents moments, la même manifestation psychique; mais chez des sujets différents, l'excitation des mêmes points ne provoquera aucun phénomène particulier ou donnera lieu à des manifestations psychiques d'une tout autre nature.

Il n'y a donc pas lieu de supposer l'existence d'une association organique préétablie entre les impressions partant de tel ou tel point du corps et la mise en activité de tel ou tel point correspondant des centres nerveux. Il s'est fait cependant chez les sujets que nous venons d'étudier une alliance fonctionnelle entre certaines sensations déterminées et certaines formes également déterminées de l'activité psychique, puisque la perception des uns entraîne aussitôt la manifestation des autres. Toute la question est de savoir pourquoi et comment s'est établie cette alliance? J'avoue qu'il me paraît bien difficile de résoudre ce problème. La première idée qui vient à l'esprit, c'est qu'il s'agit là de suggestions antérieures. L'hypothèse, *a priori,* n'a rien d'invraisemblable. Il est positif, en effet, qu'on peut créer par suggestion des zones idéogènes artificielles. Néanmoins je vous ferai observer que dans

toutes mes expériences, je me suis, autant que je l'ai pu, tenu en garde contre l'intervention des suggestions; que j'ai trouvé des zones idéogènes chez des sujets qui étaient soumis pour la première fois à l'hypnotisation, et qu'enfin, si nous avions eu affaire à des suggestions involontairement données par l'expérimentateur, tous les phénomènes auraient cessé de se produire sous l'influence d'une suggestion inverse. Or, vous vous rappelez sans doute que, chez aucune de nos malades, les zones idéogènes n'ont pu être modifiées ni supprimées par voie de suggestion.

On pourrait peut-être tourner la difficulté en supposant que les zones idéogènes spontanées sont créées par auto-suggestion inconsciente et qu'elles restent par la suite en dehors de l'influence directe de l'expérimentateur, lequel ne peut pas plus les effacer qu'il ne peut, en général, effacer les suggestions antérieurement données par une autre personne.

Quoi qu'il en soit, les faits persistent avec toute leur netteté; ils s'imposent à l'observation, et les difficultés que nous pouvons éprouver à les expliquer ne doivent pas nous empêcher de les voir et de les soumettre à des analyses expérimentales de plus en plus détaillées et de plus en plus précises. Étudier aujourd'hui, c'est le meilleur moyen d'arriver à comprendre demain.

SOIXANTIÈME LEÇON

DE L'HYPNOSE UNILATÉRALE

SOMMAIRE

I. Historique et description des phénomènes d'hypnose unilatérale.

II. Démonstration expérimentale sur une malade du service.

III. Du transfert d'un côté à l'autre de l'hypnose unilatérale sous l'influence de l'aimant ou des autres agents esthésiogènes. Du transfert de quelques autres phénomènes hystéro-hypnotiques unilatéraux hémianesthésie, hémiamyosthénie, zones spasmogènes, zones hypnogènes. Expériences.

IV. Du transfert d'un sujet à l'autre de quelques phénomènes hystériques et hypnotiques. Observations de M. Babinski.

Messieurs,

Par des manœuvres très simples, il est possible de provoquer chez certains sujets des symptômes hypnotiques limités à un seul côté du corps, c'est-à-dire de créer à volonté des *hémi-somnambules,* des *hémi-cataleptiques,* des *hémi-léthargiques,* ou bien encore de faire apparaître à la fois, sur un même sujet, des états hypnotiques différents d'un côté et de l'autre, par exemple la léthargie ou le somnambulisme à droite et la catalepsie à gauche, ou *vice versa.* Ces phénomènes d'hémi-hypnotisme sont fort étranges, mais leur réalité est certaine. Je dois vous en dire quelques mots et vous en montrer quelques exemples.

I

Braid a découvert l'hypnose unilatérale en cherchant à réveiller, par l'insufflation ou la pression légère sur un œil, des sujets hypnotisés.

« Supposons, dit-il, chez un sujet hypnotisé la même torpeur dans tous les sens, avec rigidité du corps et des membres, un courant d'air ou une

légère pression contre un œil rendra la vue à cet œil et la sensibilité ainsi que la motilité à une moitié du corps, et du même côté que l'œil manipulé, mais laissera l'autre œil insensible et l'autre côté rigide et à l'état de torpeur... Il me semble étrange, ajoute-t-il, qu'en agissant sur un œil, on puisse communiquer sensation et motion au même côté du corps, si l'on considère surtout que l'influence motrice provient de l'hémisphère opposé du cerveau [1]. »

Les successeurs immédiats de Braid ne paraissent pas avoir attaché d'importance à cette observation, car aucun d'eux n'en a fait le point de départ de recherches régulières.

En 1878, pendant que MM. Charcot et Richer étudiaient à la Salpêtrière les caractères cliniques des divers stades de l'hypnose provoquée chez les hystériques, M. Descourtis, alors externe du service, remarqua qu'en ouvrant un œil d'un sujet en état léthargique, toute la moitié correspondante du corps de ce sujet présentait aussitôt les symptômes propres à la catalepsie, l'autre moitié restant à l'état léthargique, et qu'inversement, en fermant un œil d'un sujet en état cataleptique, tout le côté correspondant à l'œil fermé passait aussitôt à l'état léthargique, de telle sorte que les malades soumis à ces expériences devenaient, par le fait seul de l'occlusion ou de l'ouverture d'un de leurs yeux, *hémi-léthargiques d'un côté et hémi-cataleptiques de l'autre* [2].

Vers la même époque, M. Heidenhain constata que, chez certains sujets hypnotisables, la friction légère d'un côté du crâne pouvait déterminer l'hémi-catalepsie [3], du côté opposé du corps. MM. Grutzner [4], O. Berger [5], Ladame [6], Chambard [7] répétèrent ses observations avec des résultats identiques.

Un peu plus tard, MM. Dumontpallier [8], Magnin [9], Bérillon [10], etc.,

[1] James Braid, *Neurypnologie;* trad. Jules Simon. Paris, 1883, p. 61 et 62.

[2] Paul Richer, *Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués* (*Progrès médical,* 21 décembre 1878, p. 973). — *Note sur les phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme* (*Société de biologie,* 1883). — Descourtis, *Du fractionnement des opérations cérébrales.* Th. doct., Paris, 1882.

[3] Heidenhain, *Die sogenannte thierische Magnetismus.* Leipzig, 1880.

[4] Grutzner und Heidenhain, *Breslauer ærtzliche Zeitschrift.* Février 1880.

[5] O. Berger, *Hypnotische Zustände* (*Breslauer ærtzliche Zeitschrift,* 1880 et 1881, et *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1880.

[6] Ladame, *La névrose hypnotique.* Paris, 1881.

[7] Chambard, *Revue générale sur l'hypnotisme* (*Encéphale,* 1881).

[8] Dumontpallier, *Comptes rendus des séances de la Société de biologie,* 1881. — Dumontpallier et Magnin, *Étude expérimentale sur la métallothérapie, l'hypnotisme et l'emploi de divers agents physiques dans l'hystérie* (*Académie des sciences,* 1883).

[9] P. Magnin, *Remarques générales sur l'hypnotisme* (*Société de biologie,* déc. 1883) et *Étude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme.* Th. doct., Paris, 1884.

[10] F. Bérillon, *Hypnotisme expérimental.* Th. doct., Paris, 1884.

réussirent à provoquer directement l'hypnose unilatérale par la pression de la région temporale d'un côté, par la fixation d'un point lumineux avec un seul œil, par la compression unilatérale des paupières, par l'audition d'un bruit monotone d'une seule oreille, par l'olfaction d'une odeur forte d'une seule narine.

Dans les expériences de ce genre, l'hypnose se produit généralement du côté correspondant à l'excitation provocatrice; mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle. Quelquefois les effets sont croisés, d'autres fois ils affectent le type alterne. Dans tous les cas, ils se dissipent sous l'influence de l'insufflation sur les yeux ou sur un seul œil, de la compression des zones hypno-frénatrices, de la suggestion verbale.

II

Les phénomènes qui caractérisent l'hypnose unilatérale sont semblables à ceux qu'on observe dans l'hypnose totale. Ils n'ont de spécial que leur limitation à un côté du corps.

Ils se produisent avec une grande facilité chez plusieurs de nos hystériques, particulièrement chez Paule C..., dont je vous raconterai brièvement l'histoire pathologique avant de procéder aux démonstrations expérimentales qu'il me paraît utile de faire.

Observation. — Paule C..., modiste, est âgée de vingt ans.

Antécédents héréditaires : Son *père* est un homme sobre, rangé, mais d'un caractère extrêmement violent. Sa *mère* est morte à quarante-trois ans d'une hydropisie, après être restée treize ans malade. Ses *oncles* sont bien portants. Deux de ses *tantes* (cousines germaines de sa mère) sont sujettes à des attaques de nerfs fréquentes, et l'une d'elles a deux filles qui ont des attaques semblables à celles de leur mère.

Antécédents personnels : Pendant son enfance, Paule a eu souvent des *convulsions* qu'on attribuait aux vers.

A huit ans, elle a eu la rougeole, la scarlatine et le croup.

De neuf à seize ans, elle a été en pension dans un couvent. Elle avait un caractère taquin, sournois, mais elle apprenait facilement et était aimée de ses maîtresses et de ses compagnes.

La menstruation s'est établie à dix ans et demi, et jusqu'à seize ans elle a été très régulière. Jusqu'à cette époque aussi, Paule jouit d'une bonne santé. Elle avait souvent des épistaxis, mais elle était néanmoins forte, vigoureuse et bien développée. Pas de hoquets convulsifs, pas de toux, pas de vomissements.

A seize ans, Paule revint dans sa famille pour soigner sa mère dont l'état devenait de plus en plus alarmant. A partir de ce moment, sa santé

subit des atteintes profondes. Elle eut tout d'abord une suspension de la menstruation pendant quatorze mois consécutifs. Elle devint pâle, maigre, languissante. Elle perdit l'appétit et les forces. Enfin elle eut des crachements de sang qui la firent considérer comme poitrinaire.

A dix-huit ans, la menstruation se rétablit : les règles reviennent même tous les quinze jours. Cependant l'état général s'améliore, et les inquiétudes qu'on avait eues sur la santé de Paule se dissipent.

Quelques mois plus tard, les règles deviennent encore plus fréquentes : elles se répètent tous les huit jours. La malade s'affaiblit de nouveau et devient sujette à des douleurs vives qui, partant du bas-ventre, s'irradient vers les lombes et vers l'épaule gauche.

Sur ces entrefaites, sa mère, qu'elle aimait beaucoup et qu'elle soignait nuit et jour depuis deux ans, succombe après une longue agonie, le 10 octobre 1882.

Paule, épuisée par ses propres souffrances, par les nuits d'insomnie passées au chevet de sa mère, par les émotions douloureuses qu'elle vient de traverser, veut cependant assister aux funérailles. A l'église, pendant la cérémonie religieuse, elle s'évanouit trois fois. Elle suit, malgré tout, le cortège au cimetière. Mais là ses forces sont à bout, et au moment précis où le cercueil est mis dans la tombe, elle éprouve un grand tournement de tête; elle sent une boule qui, partie du ventre, remonte à la gorge et l'étouffe; puis elle perd connaissance sans avoir eu de convulsions et tout son corps devient « raide comme une planche ». On la transporte chez elle. Là, elle reste pendant quarante-huit heures dans une sorte d'état comateux sur lequel elle ne peut donner aucun détail. Elle dit cependant qu'elle entendait tout ce qui se passait autour d'elle, mais qu'elle ne pouvait ni parler ni remuer. Pour mettre un terme à cet état, un médecin fit d'inutiles efforts : il électrisa la malade, il lui comprima les ovaires, etc. Pendant qu'il se livrait à ces manœuvres, Paule fut prise pour la première fois d'une attaque convulsive d'une extrême violence.

Les jours suivants, les attaques de convulsions se reproduisirent très fréquemment. Durant leurs intervalles, la malade restait dans un état de sommeil ou d'assoupissement profond dont on ne pouvait la tirer. Elle avait à chaque instant des accès de délire bruyant avec hallucinations de la vue et de l'ouïe : elle croyait voir sa mère, entendre sa voix, etc. Cet état aigu persista pendant un mois. Puis les convulsions devinrent moins fréquentes et moins violentes, sans cependant disparaître complètement.

A partir de ce moment, Paule ne fut plus la même. Son caractère changea. Elle devint triste, maussade, impressionnable, émotive, riant avec excès ou pleurant à chaudes larmes pour les motifs les plus futiles. Puis une série d'accidents morbides se produisit sans causes connues. Ce fut d'abord une contracture des membres inférieurs qui rendit la marche et la station debout impossibles pendant trois mois, puis une contracture des membres supérieurs fixant les deux bras derrière le dos. Plus tard survint une paralysie des membres du côté droit, avec œdème des membres paralysés. A cette occasion, un médecin explora la sensibilité, et Paule se

rappelle qu'il put lui enfoncer profondément des aiguilles dans la peau du bras et de la jambe du côté droit, sans déterminer la moindre douleur. Pendant tout le temps que dura cette paralysie, la moitié gauche du corps était, paraît-il, toujours pâle et froide; la moitié droite, au contraire, était toujours chaude et rosée. Ces troubles vaso-moteurs existaient à la fois sur les membres et sur le visage : « J'avais alors, dit Paule, une joue toute blanche et l'autre toute rouge. »

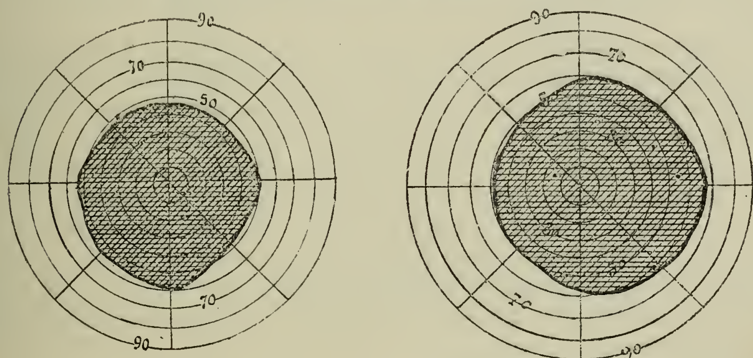
Quand l'hémiplégie droite se dissipa, la parole devint difficile : la malade bégayait. Puis elle devint aphone : pendant trois mois il lui fut impossible de parler autrement qu'à voix basse. Plus tard, elle eut de l'incontinence d'urines, des accès de toux coqueluchoïde, des vomissements incoercibles, des hémoptysies et des hématémèses, des douleurs gastralgiques, de l'anorexie absolue, etc.

Pendant tout ce temps, les attaques convulsives survenaient toujours de une à trois fois par jour.

C'est alors que la malade fut envoyée à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, où nous avons fait les constatations suivantes :

1° *Fonctions organiques.* — Paule est d'une constitution robuste. Ses membres sont gros, son teint pâle. Rien d'anormal du côté de l'appareil cardio-pulmonaire. La menstruation est très irrégulière.

Fig. 32. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Paule C...



2° *Sensibilité.* — Hémianesthésie droite totale et complète : *totale,* en ce sens qu'elle s'étend également sur les membres du côté droit et sur la moitié droite du tronc, du cou, de la face et de la tête, sans en épargner aucun point; *complète,* en ce sens que toutes les perceptions sensitives (contact, piqûre, chatouillement, température) sont abolies dans les régions hémianesthésiées. Le chatouillement de la plante du pied droit n'est pas perçu et ne détermine aucun réflexe. Les muqueuses et les organes des sens ne sont pas aussi régulièrement hémianesthésiques que la peau [1]. Les deux champs visuels sont légèrement rétrécis. *(Fig. 32.)*

[1] Voyez t. I, p. 134.

3° *Motilité.* — Lorsque la malade a les yeux ouverts, elle se sert avec adresse de ses membres supérieurs. Quand elle a les yeux fermés, elle ne se rend pas compte de la position qu'occupent dans l'espace ses membres du côté droit. La diathèse de contracture est chez elle très manifeste. Les excitations légères de la peau, la pression des masses musculaires, la traction brusque des membres, la percussion des os ou des tendons, etc., déterminent aussitôt la rigidité des muscles des membres correspondants [1], rigidité qu'on peut faire disparaître par l'insufflation brusque, la malaxation des tendons, etc.

4° *Attaques convulsives; zones spasmogènes et spasmo-frénatrices.* — Les attaques spontanées de Paule C... sont toujours précédées d'une aura composée de trois phases distinctes. La première a des symptômes purement psychiques. La malade devient triste, maussade. Elle fuit ses compagnes et veut qu'on la laisse tranquille. Un grand ennui l'obsède et l'envahit. Elle a envie de pleurer sans savoir pourquoi. Habituellement elle songe à sa mère, aux soins qu'elle lui a prodigués pendant sa maladie. La durée de cette phase est ordinairement de une demi-heure à une heure. Elle est suivie de la phase *hystérogène,* laquelle est caractérisée par des douleurs très vives lancinantes ou rongeantes, ayant pour siège les jambes, les bras, les seins et le dos, et durant de quinze à vingt minutes. Ces douleurs sont souvent accompagnées de toux, de hoquets, de dyspnée, de céphalalgie, de bourdonnements d'oreilles, d'étourdissements et de sensations de constriction à la gorge.

A la phase hystérogène succède la phase *ovarienne,* qui dure de trois à cinq minutes. Son début est annoncé par une douleur vive dans le côté gauche du ventre. La malade sent « quelque chose comme une boule qui se détache des profondeurs du flanc gauche », et la sensation qu'elle éprouve alors est accompagnée d'un frisson. Après le frisson, la boule s'élève d'un bond au creux épigastrique, ce qui provoque une forte suffocation; puis, après être restée quelques secondes à l'épigastre, elle redescend dans le flanc gauche. Par trois fois consécutives, elle saute ainsi du flanc à l'épigastre et revient de l'épigastre au flanc; après quoi, elle s'élève vers le cœur, et au moment précis où elle arrive à la région cardiaque, la malade étouffe et les convulsions commencent.

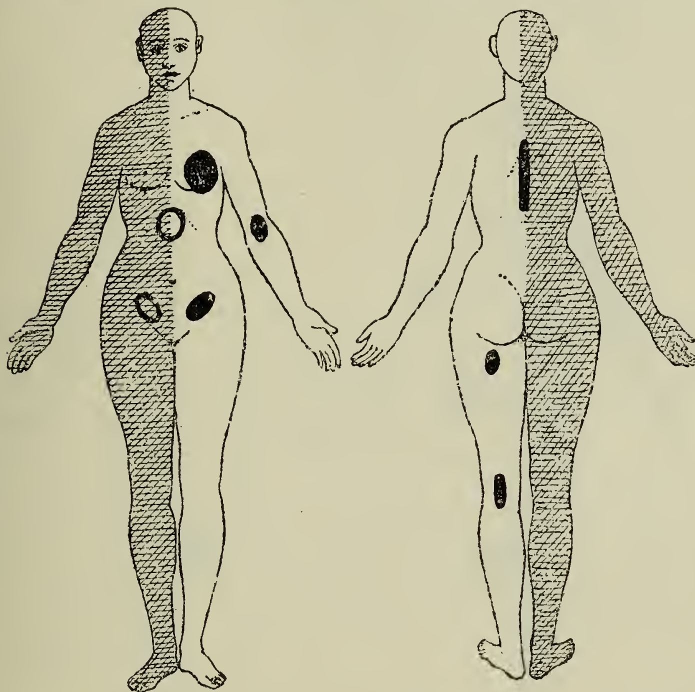
Elles débutent d'emblée par de grands mouvements cloniques d'une extrême violence. La malade pousse quelques gémissements plaintifs; sa respiration est haletante; son ventre, secoué par les convulsions, donne lieu à un bruit de clapotement qui s'entend très bien à distance. Elle se roule en boule, se place en arc de cercle, projette ses membres de côté et d'autre. De temps en temps elle tombe en résolution, reste inerte pendant une ou deux minutes et recommence à s'agiter avec fureur. Les convulsions durent de vingt à trente minutes. Elles cessent brusquement. La malade pousse un grand soupir et tombe en hypnose post-convulsive. Elle présente alors tous les symptômes de l'état cataleptoïde les yeux fermés.

[1] Voyez XXIXe leçon, t. I, p. 382.

Les attaques convulsives peuvent être provoquées par l'excitation des zones spasmogènes que nous avons déjà étudiées et dont la topographie est indiquée sur la figure ci-dessous. *(Fig. 33.)*

On peut également les faire éclater à volonté en affirmant à la malade qu'elle aura une crise à une heure déterminée ou en plaçant devant ses

Fig. 33. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Paule C...



yeux pendant quelques instants, des lunettes à verre rouge. Les autres couleurs lui sont agréables ou indifférentes, mais le rouge a une action spasmogène très nette.

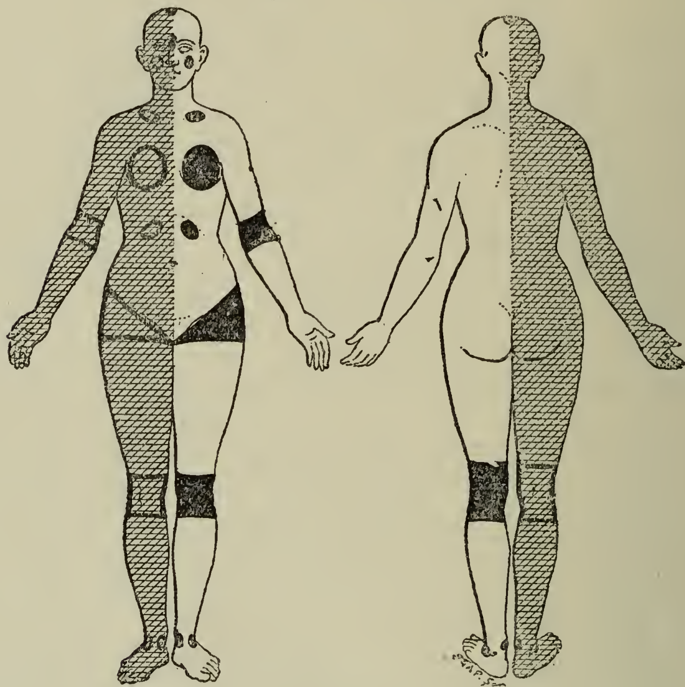
Quand les convulsions sont lancées, elles peuvent toujours être arrêtées par la pression de deux zones spasmo-frénatrices, situées l'une sur la région ovarienne droite, l'autre sur le creux épigastrique.

Paule est facilement hypnotisable. Par la fixation du regard, par l'audition d'un bruit monotone, par l'injonction impérative, par la pression de diverses zones hypnogènes dont nous avons indiqué la topographie et les caractères dans une leçon précédente [1], on peut la mettre en état cataleptoïde les yeux ouverts, en état cataleptoïde

[1] Voyez XLIVe leçon, t. II, p. 105.

les yeux fermés ou en état léthargoïde *(fig. 34)*. On peut aussi, en modifiant un peu les procédés hypnogènes, déterminer chez elle des phénomènes d'hypnose unilatérale. En voici la preuve : Je fais approcher la malade et, après avoir eu soin de placer verticalement ma main au milieu de son front, de façon à former une sorte d'écran, je fixe pendant quelques secondes son œil gauche. L'effet est rapide et sûr. Notre malade est maintenant hémi-hypno-

Fig. 34. — Zones hypnogènes et hypno-frénatrices de Paule C...



tisée. Son côté droit est resté à l'état normal, son côté gauche est passé à l'état cataleptoïde.

Une analyse rapide des symptômes qu'elle présente vous démontrera le bien-fondé de cette proposition.

La *sensibilité à la douleur* ne peut, dans l'espèce, nous fournir aucune indication utile. Si nous piquons la malade sur l'avant-bras droit, elle ne bronche pas; si nous la piquons sur l'avant-bras gauche, elle retire vivement le membre excité. Mais cela n'a aucune importance pour l'étude des phénomènes qui nous occupent, car elle est hémianesthésique droite à l'état de veille normal et à l'état cataleptoïde total.

En revanche, l'étude de l'*haphalgésie* peut avoir une réelle valeur, car la malade est indifférente au contact de tous les métaux quand elle est éveillée, et très sensible au contact de l'or lorsqu'elle est endormie. Si, comme nous le pensons, elle est en ce moment hémi-hypnotisée, elle doit supporter, sans en éprouver aucun malaise, l'application d'une pièce d'or sur un côté du corps et souffrir vivement si la même pièce est appliquée du côté opposé. C'est, en effet, ce qui arrive. J'applique une pièce de vingt francs sur son avant-bras droit, et elle ne fait aucun mouvement. Je porte la pièce sur l'avant-bras gauche, et la malade se retire vivement en disant qu'on la brûle. Le phénomène de l'haphalgésie existe nettement sur le côté du corps qui a été hypnotisé; il n'existe pas sur le côté qui est resté normal.

De même, le phénomène de la *prise des sens* se manifeste très nettement du côté gauche et ne se produit pas du côté droit. J'approche mes doigts de l'œil gauche de la malade; celle-ci fixe son regard sur ma main et en suit tous les mouvements, avec la vivacité que vous connaissez pour l'avoir déjà constatée dans maintes circonstances sur les sujets hypnotisés. Je les approche de l'œil droit, et la malade reste indifférente.

Passons aux *symptômes musculaires*. Je soulève l'avant-bras droit de Paule; il reprend sa position première sans secousses brusques, comme un membre dont le tonus est normal. Je soulève le bras gauche et, au lieu de retomber doucement, il reste dans la position que je lui ai donnée, ce qui veut dire qu'il est en état de plasticité cataleptique.

Les *phénomènes psychiques* sont tout aussi nets. Je me place à droite de la malade et je lui demande si elle dort; elle répond avec sa voix ordinaire que non. Je lui pose la même question après m'être placé à sa gauche, et elle répond avec le timbre de voix qui lui est familier dans l'état hypnotique : « Vous voyez bien que je suis endormie. »

Je dis à la malade, en lui parlant à l'oreille droite : « Vous êtes à la campagne, dans un jardin; ramassez un bouquet; » et elle me regarde d'un air étonné, se demandant si je me moque d'elle, car de ce côté elle n'est ni hypnotisée ni suggestible. Je répète la même phrase du côté opposé; elle se baisse aussitôt et fait le geste de cueillir des fleurs avec la main gauche, parce que de ce côté elle est hypnotisée et accepte toutes les suggestions qu'on veut bien lui donner.

Cette suggestibilité hémi-latérale peut être mise en évidence dans des expériences du plus singulier effet. Si, par exemple, je dis à notre malade, *du côté gauche,* qu'elle n'est plus une jeune fille, mais un officier de dragons, elle objective aussitôt le type suggéré, et tant qu'on lui parle *du côté gauche,* elle répond avec le ton assuré, les allures fermes et les expressions cavalières qui conviennent à un militaire. Si, au contraire, on lui parle *du côté droit,* elle s'exprime avec retenue, raisonne comme à l'état normal et ne méconnaît pas son identité. Elle paraît donc avoir en ce moment deux *moi* différents, l'un droit et l'autre gauche, deux personnalités distinctes qui s'ignorent réciproquement (car si elles se connaissaient, elles s'apparaîtraient avec l'évidence de leur incompatibilité), et président, chacune pour son propre compte, à des opérations psychiques et à des coordinations musculaires d'une extrême complexité!

III

L'une des particularités les plus curieuses des phénomènes d'hypnose unilatérale, c'est la facilité avec laquelle ils peuvent être transférés d'un côté à l'autre. L'expérience peut en être faite devant vous. Notre malade est maintenant en état cataleptoïde du côté gauche. Je vais appliquer un aimant sur son avant-bras droit, et dans quelques secondes le transfert sera produit. Mais pour rendre l'expérience plus frappante, permettez-moi de la compliquer un peu.

Avant de mettre l'aimant en place, je fais asseoir la malade devant une table et je lui ordonne, en lui parlant à l'oreille gauche, de tracer des jambages sur une feuille de papier jusqu'à ce que je la prie de s'arrêter. La voilà qui exécute ponctuellement la suggestion, malgré les difficultés qu'elle éprouve à tenir le crayon de la main gauche.

Les choses étant ainsi disposées, j'approche un fort aimant de son avant-bras droit. Pendant quelques secondes aucun changement ne se produit. Puis, tout à coup, Paule prend le crayon de la main droite et continue sa besogne avec le même soin que tout à l'heure. Nous pouvons enlever l'aimant; le transfert est produit. Pour nous en assurer, je dis à la malade, en lui parlant à l'oreille gauche : « Cessez d'écrire. » Mais vous voyez qu'elle continue, tout comme si je m'étais adressé à une autre personne. Je lui dis les mêmes mots à l'oreille droite, et elle pose aussitôt le crayon. Je

soulève son avant-bras droit, il conserve les attitudes communiquées; je le touche avec une pièce d'or, et la malade se plaint que je la brûle. Elle était tout à l'heure en état d'hémi-hypnotisme latéral gauche, elle est maintenant en état d'hémi-hypnotisme latéral droit[1].

Il importe de savoir que, dans les expériences de ce genre, ce ne sont pas seulement les phénomènes de l'hypnose provoquée qui passent, sous l'influence de l'aimant ou des autres agents esthésiogènes actifs, d'un côté à l'autre[2]. L'hémianesthésie, les contractures, les paralysies unilatérales, les zones spasmogènes et hypnogènes, les zones idéogènes subissent le même sort. Ainsi notre malade, qui est ordinairement hémianesthésique droite, sent en ce moment-ci très bien du côté droit et est insensible du côté gauche. Ses zones spasmogènes et hypnogènes, qui siègent toutes habituellement sur la moitié *gauche* du corps, sont passées sur la moitié *droite,* et ses zones spasmo-frénatrices et hypno-frénatrices qui siégeaient sur le côté *droit* se trouvent actuellement sur les points symétriques du côté *gauche.*

Et puisque l'occasion s'est présentée de revenir sur ces phénomènes de transfert dont je vous ai déjà parlé à propos de l'anesthésie[3], je veux appeler votre attention sur quelques détails relatifs à leur production.

Quand on applique, sur un des côtés du corps d'une hystérique hémianesthésique et ayant des zones spasmogènes et hypnogènes, un agent esthésiogène actif, la sensibilité et les zones sont transposées d'autant plus rapidement que l'agent employé jouit d'une plus grande activité. Mais tous les symptômes accessibles au transfert ne se déplacent pas en même temps. La première modi-

[1] Des mouvements unilatéraux peuvent être transférés par l'aimant d'un côté à l'autre, bien que les sujets qui les exécutent ne soient pas en état d'hémi-hypnotisme. L'expérience suivante a été faite et publiée, en 1884, par MM. A. Binet et Ch. Féré : « Nous suggérons à W..., disent ces observateurs, l'idée de faire des chiffres, de sa main droite, comme de juste; mais un aimant est caché à proximité de sa main gauche. Quand elle a écrit jusqu'au nombre douze sans s'interrompre, elle commence à hésiter, puis elle change sa plume de main et se met à écrire de la main gauche. Les caractères qu'elle trace nous paraissent tout d'abord sans signification ; mais, en y regardant de près, nous constatons qu'elle a fait des chiffres qui, regardés au miroir, sont à peu près aussi corrects que ceux qu'elle a faits de la main droite, c'est-à-dire qu'elle a exécuté avec sa main gauche des mouvements absolument symétriques à ceux qu'elle est maintenant incapable de tracer de la main droite. » (*Progrès médical,* 12 juillet 1884, p. 564.). Il s'agit là d'autre chose que de phénomènes d'hypnose unilatérale.

[2] Voyez à ce sujet : A. Binet et Ch. Féré, *L'hypnotisme chez les hystériques : le transfert* (*Revue philosophique,* t. XIX, 1885, p. 1).

[3] Voyez XII[e] et XIII[e] leçons, t. I, p. 141 et 153.

fication appréciable a lieu dans le domaine de la sensibilité. Si l'agent esthésiogène a été appliqué sur le côté anesthésique, la sensibilité reparaît tout d'abord au niveau et au voisinage immédiat du point d'application, en même temps qu'elle disparaît dans les points exactement symétriques du côté opposé du corps. Peu à peu la zone sensibilisée s'étend de proche en proche du côté primitivement anesthésique, tandis que l'anesthésie gagne parallèlement du côté primitivement sensible.

Les zones spasmogènes et spasmo-frénatrices ne se déplacent qu'après le transfert de la sensibilité. Entre le moment où elles cessent d'être actives d'un côté et celui où leur activité apparaît du côté opposé, il se passe quelques instants pendant lesquels elles n'existent ni d'un côté ni de l'autre. Les zones hypnogènes se déplacent les dernières. Quelques-unes résistent même parfois très longtemps.

Le transfert, vous disais-je tout à l'heure, se fait avec d'autant plus de rapidité que l'agent esthésiogène employé est plus actif. Dans une série d'expériences que nous avons pratiquées ces jours-ci, nous avons constaté que chez notre malade, l'or transfère l'anesthésie, l'amyosthénie et les zones hystérogènes après cinq minutes d'application. Les mêmes effets ne sont produits avec le cuivre qu'après quatorze minutes. Il faut vingt-huit minutes pour qu'ils se manifestent avec le zinc et vingt-neuf avec l'acier[1].

Que si, à la place d'agents esthésiogènes actifs, nous appliquions sur la peau de la malade des substances inertes, des pièces de verre, de bois ou de porcelaine, par exemple, le transfert ne se produisait pas. Il est à peine besoin d'ajouter que, dans toutes ces expériences, nous nous mettions soigneusement en garde contre l'intervention possible de suggestions conscientes ou inconscientes, en couvrant les pièces par des bandes opaques, de telle sorte que la malade ne pouvait jamais savoir quelle était la nature de l'agent expérimenté.

IV

L'étude du transfert a donné lieu à des expériences curieuses qui tendraient à démontrer, si elles étaient confirmées, que certains phénomènes nerveux peuvent être transmis d'un sujet à un autre.

[1] Les détails de quelques-unes de ces expériences sont rapportés dans les notes placées à la fin du présent volume.

M. Babinski[1] place deux hystériques hémianesthésiques à côté l'une de l'autre[2] et applique un aimant sur le bras ou la jambe de l'une d'elles. Au bout de quelques instants, l'une de ces malades est devenue anesthésique totale et la seconde est devenue sensible sur tout le corps. Lorsque l'un des deux sujets est atteint d'une paralysie ou d'une contracture hystérique unilatérale, l'application de l'aimant le délivre de sa paralysie ou de sa contracture et la fait passer à l'autre sujet. Dans un cas, où l'une des deux malades avait du mutisme hystérique, cette malade a recouvré la parole pendant que sa compagne devenait aphone.

M. Babinski affirme qu'il s'est placé dans des conditions telles que toute idée de simulation ou de suggestion doit être absolument écartée. Il ne cherche d'ailleurs à donner aucune explication des faits observés par lui. Il constate seulement que les deux sujets en expérience jouent, l'un par rapport à l'autre, au point de vue du transfert, un rôle analogue à celui que joue chez un seul sujet un côté du corps par rapport au côté opposé[3].

[1] Babinski, *Soc. de psychol. physiologique* (25 oct. 1886) et *Soc. de biologie* (6 nov. 1886).

[2] Il n'est pas nécessaire, dit l'auteur de ces recherches, qu'il y ait contact entre les deux sujets en expérience; mais s'il y a contact, le transfert est plus rapide que lorsque les malades sont à une certaine distance l'une de l'autre.

[3] M. Luys a entretenu tout récemment la Société de biologie, séance du 8 novembre 1890 (Luys et Encausse, *Du transfert à distance, à l'aide d'une couronne de fer aimanté, d'états névropathiques variés d'un sujet à l'état de veille sur un sujet à l'état hypnotique*), de faits plus étranges encore. Il place sur la tête d'un sujet atteint d'hémiplégie, de contracture, etc., une couronne en fer aimanté, dont la continuité est interrompue au niveau de la région frontale, de telle sorte que chaque extrémité libre de la demi-couronne représente un pôle de l'aimant. L'un des pôles est appliqué directement sur la peau, l'autre en est séparé par un tampon de linge.

« Soit maintenant, dit M. Luys, un sujet *A*, frappé d'hémiplégie droite et en état de veille. Nous appliquons la demi-couronne sur la tête, le pôle nord à droite, et nous la maintenons horizontalement pendant environ cinq minutes. Au bout de ce temps, sans proférer aucune parole, nous la plaçons sur la tête d'un sujet *B*, préalablement mis en état de léthargie hypnotique et placé dans une chambre voisine. Presque instantanément le sujet *B* perçoit une secousse, comme une décharge électrique, tout son côté droit devient hémiplégique, et quand on le dirige vers le réveil suivant les procédés usuels, en le faisant passer en catalepsie, puis en somnambulisme, on constate alors qu'il a pris la personnalité du sujet hémiplégique; il a la parole embarrassée, il a le bras pendant, il marche en fauchant. En un mot, la personnalité morbide du sujet transféreur hémiplégique réel s'est incarnée, avec tous ses caractères, sur le sujet transféré avec une véritable précision. Au réveil, cet état disparaît instantanément... »

M. Luys ajoute que la force nerveuse morbide accumulée sur la couronne aimantée ne s'éteint pas immédiatement une fois qu'elle s'est déchargée sur le premier sujet. Elle y persiste pendant un temps assez long pour que, au bout d'une demi-heure et même de deux heures, elle soit encore suffisamment active pour se révéler par des effets appréciables quand on l'applique sur des sujets en état léthargique.

Des faits aussi étranges ne doivent être acceptés qu'après avoir été soumis à un contrôle sérieux. Il convient d'attendre, avant de croire à leur réalité, qu'ils aient été démontrés par des expériences rigoureuses.

J'ai essayé de répéter ces jours-ci les expériences de M. Babinski, et je dois avouer en toute sincérité que je n'ai obtenu aucun résultat probant.

Je n'ai pas été plus heureux dans les tentatives que j'ai faites pour reproduire les expériences relatives à la *polarisation psychique*, instituées en 1885 par MM. A. Binet et Ch. Féré [1], et confirmées en 1887 par les recherches de MM. Bianchi et Sommer [2]. D'après ces observateurs, l'application d'un aimant ou d'un agent esthésiogène actif sur la tête de certains sujets hystériques, éveillés ou endormis, produirait une inversion des fonctions cérébrales, une transformation du dynamisme psychique, de telle sorte que si le sujet était gai avant l'application de l'aimant, il devient triste après; s'il était doux, il devient violent; s'il était craintif, il devient téméraire, etc. Je ne doute pas de l'exactitude des faits rapportés par MM. A. Binet, Ch. Féré, Bianchi et Sommer; je dis seulement que je n'ai pas réussi à les reproduire avec netteté sur les sujets dont nous disposons.

[1] A. Binet et Ch. Féré, *La polarisation psychique* (*Revue philosophique,* avril 1885, p. 369).

[2] L. Bianchi et G. von Sommer, *Sur la polarisation psychique dans la phase somnambulique de l'hypnotisme* (*Revue philosophique,* février 1887, p. 143).

SOIXANTE ET UNIÈME LEÇON

DES APPLICATIONS DE L'HYPNOTISME A L'ÉTUDE DE LA PHYSIOLOGIE CÉRÉBRALE

SOMMAIRE

I. Effet des excitations galvaniques du crâne dans l'état léthargique. Expériences de M. Charcot. Variabilité des résultats. Définition et description du phénomène Rolandique. Recherches de M. Silva. Faits contradictoires.

II. De l'aphasie provoquée par certaines excitations unilatérales du crâne. Expériences d'Heidenhain et Grützner, Ladame, Dumontpallier, etc. Cette prétendue aphasie est souvent le résultat de la contracture réflexe des muscles de l'articulation. Démonstration expérimentale.

III. De l'aphasie dans l'hypnose unilatérale du côté droit du corps. Observation de M. Féré. Recherches de M. Ballet. Objections.

IV. Théorie du dualisme cérébral. Application de l'hypnotisme à la démonstration de l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. Expériences de MM. Dumontpallier et Bérillon. Critique de l'interprétation fournie par ces observateurs. — Conclusions.

Messieurs,

Le jour où l'étude de l'hypnotisme est entrée dans la voie de l'expérimentation méthodique, beaucoup de personnes ont cru, de très bonne foi, qu'une ère nouvelle allait s'ouvrir pour la psychologie, et que l'observation des hypnotisés ne tarderait pas à jeter une vive lumière sur le mécanisme des fonctions cérébrales.

L'événement est loin d'avoir justifié ces espérances. Plusieurs faits curieux, intéressants, imprévus, ont été constatés; mais ces faits, il faut bien l'avouer, n'ont encore donné la solution d'aucun des grands problèmes qui sollicitent depuis des siècles les méditations des philosophes et les recherches des physiologistes. Les innombrables expériences pratiquées dans ces dernières années sur les suggestions et les variations de la personnalité n'ont pas déchiré les voiles qui cachent à nos yeux les opérations de la conscience. L'analyse du jeu de la mémoire dans les états

hypnotiques n'a pas révélé la cause de la fixation et de la reviviscence des souvenirs. La physiologie proprement dite n'a pas été plus favorisée. L'hypnotisme ne lui a fourni aucune notion nouvelle, et je voudrais vous mettre en garde dans la présente leçon contre les déductions que certains observateurs ont voulu tirer, au profit de la doctrine des localisations cérébrales, d'expériences trop complexes, à mon avis, pour pouvoir servir de base à des conclusions solidement établies.

I

Tout le monde sait aujourd'hui que l'écorce des hémisphères cérébraux n'est pas fonctionnellement homogène et que les circonvolutions qui jouent un rôle actif dans la production des mouvements volontaires, sont situées au voisinage immédiat du sillon de Rolando. On a pensé trouver une confirmation de cette localisation de la zone motrice corticale, dans les résultats de certaines expériences pratiquées sur des sujets hypnotisés.

M. Charcot[1] remarqua en 1882 que, chez quelques-unes de ses hystériques placées en état de sommeil léthargique avec hyperexcitabilité neuro-musculaire, le courant galvanique, appliqué sur un des côtés du crâne, provoquait des secousses musculaires souvent très énergiques du côté opposé du corps, tandis que sur les mêmes sujets à l'état de veille, le même courant, appliqué de la même façon, ne donnait lieu à aucun mouvement.

En présence de ces premiers résultats, on pouvait légitimement se demander si l'état de léthargie ne s'accompagnait pas d'une hyperexcitabilité particulière des centres moteurs corticaux, et si dès lors il ne serait pas possible de limiter, par des expériences bien conduites, la topographie exacte de la zone motrice corticale de l'homme, comme on limite, en portant directement l'électricité sur les circonvolutions, la zone motrice corticale du singe ou du chien. Mais la variabilité des effets obtenus à la suite de la galvanisation des parois du crâne de plusieurs sujets ne confirma pas ces hypothèses. Sur quatre malades, les secousses musculaires se produisirent, en effet, dans les membres ou dans la moitié de la

[1] Charcot, *Phénomènes produits par l'application sur la voûte du crâne du courant galvanique pendant la période léthargique de l'hypnotisme chez les hystériques.* (*Société de biologie*, séance du 7 janvier 1882, et *Progrès médical*, nos 2 et 4, 1882.)

face du côté opposé du corps; sur quatre autres, elles se montrèrent des deux côtés avec une prédominance marquée du côté correspondant à l'excitation; sur deux autres, la galvanisation crânienne ne donna lieu à aucune secousse musculaire. Aussi M. Charcot conclut-il avec juste raison de l'ensemble de ces observations, qu'il est impossible d'en tirer aucune conclusion définitive. « On ne sait pas, dit-il, si le courant agit directement ou par induction, si les régions excitées appartiennent à l'écorce ou aux parties basilaires de l'encéphale. Tout ce qu'on peut dire pour le moment, c'est que, chez certains sujets, on observe à l'état léthargique une excitabilité particulière de certaines régions de l'encéphale, excitabilité qui n'existe pas à l'état de veille normal. »

M. Silva[1] a répété en 1885 les expériences de M. Charcot et y a ajouté quelques observations fort curieuses. Chez plusieurs sujets à l'état léthargique ou à l'état de veille normal, il a constaté que la percussion légère des parois du crâne, dans les points qui recouvrent la région motrice corticale, provoquait des contractions isolées des divers groupes musculaires du côté opposé du corps. C'est là ce qu'il appelle le *phénomène Rolandique*. D'après lui, la percussion du crâne exciterait à travers la paroi osseuse les centres psycho-moteurs des circonvolutions sous-jacentes, et les contractions se produiraient seulement dans les groupes musculaires correspondant aux centres excités.

« Quand, par exemple, dit-il, on percute la région temporale gauche, au niveau du centre cortical du membre supérieur, on provoque un léger mouvement de flexion de l'avant-bras droit sur le bras, de la main sur l'avant-bras, et en même temps un léger mouvement de pronation de l'avant-bras et d'adduction du pouce. Si, au contraire, on percute la région correspondant au centre psycho-moteur des membres inférieurs, on provoque une légère contraction du quadriceps fémoral, du tibial postérieur et même (mais à un degré moins prononcé) du gastro-cnémien.

» A chaque coup, ajoute-t-il, succède une contraction plus ou moins forte selon l'intensité du choc; puis le muscle revient à l'état de relâchement. Les effets sont toujours croisés, c'est-à-dire que ce sont les muscles des membres du côté gauche qui se contractent quand on percute la région temporale droite, et *vice versa*.

» Ces phénomènes s'observent à la suite des excitations faradiques ou galvaniques, et aussi bien à l'état de veille que durant le sommeil hypnotique... »

[1] Bernardino Silva, *Su alcuni fenomeni che si osservano durante l'ipnotismo e fuori di esso con un contributo sperimentale allo studio della funzione dei lobi frontali.* (*La Rivista clinica*, aprile, 1885). — *Sulla eccitabilita meccanica e elettrica della corteccia cerebrale nell'uomo attraverso le pareti del cranio* (*La Rivista clinica*, décembre 1885).

Les descriptions publiées par M. Silva ne me paraissent pas démontrer nettement l'intervention de l'excitation mécanique des centres moteurs corticaux dans la production du prétendu *phénomène Rolandique*. Il y a, dans le mémoire même de l'auteur italien, des faits qui ne peuvent s'expliquer de cette façon. Ainsi, sur quelques-uns de ses sujets en état léthargique, M. Silva obtenait des mouvements de latéralité de la tête en percutant la ligne médiane du ventre entre le pubis et l'ombilic, et des mouvements de mastication en percutant la ligne médiane du sternum. Il n'y avait évidemment pas là d'excitation mécanique localisée à un centre moteur cortical.

En réalité, le *phénomène Rolandique* n'a aucune fixité. La percussion du crâne provoque, chez quelques sujets à l'état de veille ou à l'état hypnotique, des contractions musculaires localisées à certains groupes de muscles; chez d'autres, elle produit des contractures diffuses; chez d'autres enfin, elle ne donne lieu à aucune modification musculaire.

Voici deux de nos hystériques, Jeanne M... et Paule C... Sur la première, la percussion légère du crâne avec un marteau plessimétrique ne produit pas de troubles de la motilité; sur la seconde, la même excitation détermine, pourvu qu'elle soit pratiquée sur la moitié antérieure du crâne, une contracture diffuse des muscles du cou, de la langue et des lèvres; mais il n'y a aucune différence appréciable entre les effets produits par la percussion de la région rolandique et ceux qui résultent de la percussion de la région frontale.

Dans ces conditions, il ne semble pas que le *phénomène Rolandique* puisse fournir un appui quelconque à l'étude des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux. Les secousses ou les contractures musculaires qui se montrent à la suite de la percussion du crâne sont vraisemblablement des phénomènes réflexes et non pas des effets de l'excitation directe des circonvolutions cérébrales.

II

Le centre moteur cortical du langage articulé siège dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Il est unilatéral. La destruction du pied de la troisième circonvolution frontale *droite* ne s'accompagne pas de troubles notables de l'articulation;

la destruction du pied de la troisième circonvolution frontale *gauche* provoque l'aphasie.

Établie sur des recherches anatomo-cliniques très précises, cette localisation de l'organe cortical de la parole est aujourd'hui connue de tous les médecins. On a voulu la confirmer par l'analyse de quelques phénomènes de l'hypnose unilatérale.

MM. Heidenhain et Grützner[1] remarquèrent que les *passes* pratiquées sur la région pariétale *gauche* du crâne de certains sujets hypnotisés déterminaient de la contracture dans les muscles du côté opposé du corps et de l'aphasie motrice, tandis que les *passes* pratiquées sur la région pariétale *droite* des mêmes sujets provoquaient la contracture des membres du côté gauche sans aphasie concomitante.

M. Ladame[2] a obtenu des résultats identiques. En appliquant la main agitée d'un léger tremblement sur le côté *gauche* du crâne, il a vu se produire une contracture violente des muscles du côté droit du corps et un certain degré d'aphasie. La même excitation portée sur le côté *droit* du crâne donnait lieu à de la contracture des muscles du côté gauche du corps, mais la parole ne présentait aucun trouble.

Ces expériences fourniraient, d'après quelques auteurs, « une démonstration nouvelle et inattendue de l'influence croisée des hémisphères cérébraux sur la motilité et de la localisation du centre du langage articulé[3]. » Elles n'ont cependant pas, ce me semble, l'importance qu'on a voulu leur attribuer. Rien ne prouve, en effet, que la contracture et l'aphasie succédant aux manœuvres dont il vient d'être question dépendent d'une modification fonctionnelle limitée aux parties de l'encéphale situées au-dessous des points sur lesquels a porté l'excitation. M. Dumontpallier a pu provoquer l'aphasie en exerçant une pression ou en dirigeant un courant d'air léger sur la région temporale de certains sujets, soit du *côté droit,* soit du *côté gauche*[4], et quand on étudie de près les phénomènes qui accompagnent l'arrêt de la parole, on voit qu'ils s'expliquent souvent (sinon toujours) par des contractures des muscles de la phonation et non pas par des paralysies corti-

[1] Heidenhain et Grützner, *Breslauer aertzliche Zeitschrift,* février 1880.

[2] Ladame, *La névrose hypnotique.* Paris, 1881.

[3] Bérillon, *La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux.* Paris, 1884, p. 150.

[4] Dumontpallier, *Comptes rendus de l'Académie des sciences* et *Société de biologie,* 1882. — Bérillon, *op. cit.*, p. 95.

cales. Je vais vous en donner la preuve, au moins dans un cas particulier :

Albertine M... étant mise par la fixation du regard en état cataleptoïde, je la prie de compter à haute voix de un à trente. Quand elle est arrivée à dix, je comprime légèrement, avec un doigt, la région temporale gauche. Aussitôt la parole est arrêtée. Je cesse la compression, et la malade continue à compter : onze, douze, etc. Quand elle arrive à vingt, je comprime la région temporale droite : la parole est de nouveau arrêtée; elle ne redevient libre que lorsqu'on cesse la compression. Par des expériences variées, je me suis assuré des particularités suivantes :

1° L'arrêt de la parole succède à la compression d'un point quelconque des régions fronto-temporales droite ou gauche. Le point le plus actif paraît être situé au milieu d'une ligne allant du conduit auditif externe au sommet du crâne. A partir de ce point central, l'activité de la zone frénatrice diminue progressivement jusqu'aux sourcils en avant, jusqu'à la ligne occipitale en arrière.

2° L'arrêt de la parole ne se produit pas lorsqu'on comprime l'oreille, l'apophyse malaire, les maxillaires supérieur ou inférieur, les régions massétérines ou mastoïdiennes.

3° Lorsque la parole a été arrêtée par la compression des régions temporales, la malade peut encore ouvrir et fermer la bouche — il n'y a donc pas de contracture des muscles des mâchoires, — mais elle ne peut pas tirer la langue. Si la compression est exercée pendant que la langue est tirée hors de la bouche, la malade ne peut plus la rentrer tant que dure la compression.

4° Si on fait avaler un verre d'eau à la malade et qu'on comprime les régions temporales, la déglutition devient impossible.

5° La compression de l'os hyoïde a les mêmes effets que celle des régions temporales.

De tout ceci je conclus que l'arrêt de la parole, provoqué par les excitations limitées de tel ou tel point du crâne, de la face ou du cou, est un phénomène d'origine périphérique, un trouble musculaire réflexe qui ne peut pas servir à la détermination du siège de l'organe cortical du langage articulé.

III

L'impossibilité de parler coïncidant quelquefois avec les paralysies suggérées des membres du *côté droit* ou avec l'hémi-léthargie

droite, on a voulu donner cette coexistence comme une preuve de la localisation du centre de la parole dans l'hémisphère cérébral *gauche.*

M. Ch. Féré raconte qu'ayant suggéré à la nommée W..., en état somnambulique, qu'à son réveil son bras droit serait paralysé, il fut tout surpris de voir se produire au réveil, non seulement une paralysie du bras droit, mais aussi une aphasie complète. « Cette association, dit-il, s'explique par le voisinage des centres moteurs du membre supérieur droit et des muscles qui concourent à la fonction du langage articulé dans l'écorce de l'hémisphère cérébral gauche [1]. » Mais elle peut s'expliquer aussi, ce me semble, par une coïncidence fortuite. J'ai souvent provoqué par suggestion des hémiplégies droites sur des sujets qui n'eurent pas d'aphasie concomitante, et vous avez vu jadis dans le service plusieurs malades atteints de monoplégies hystériques du membre supérieur droit, qui ne présentaient aucun trouble de la parole [2].

M. Gilbert Ballet a cherché à démontrer expérimentalement la localisation de la faculté du langage dans l'hémisphère gauche du cerveau par des observations faites sur des sujets en hémi-catalepsie. Il prend une hystérique hypnotisable et la met en état de somnambulisme les yeux fermés. Puis, il lui ouvre un œil et constate que toute la moitié latérale du corps correspondant à l'œil ouvert est passée à l'état cataleptique. En outre, si c'est l'œil *gauche* qui est ouvert, il n'y a pas d'aphasie concomitante; si c'est l'œil *droit,* la malade est incapable de parler. Pourquoi cette différence? Parce que, dit M. Ballet, par suite de l'entrecroisement des nerfs optiques, c'est l'hémisphère droit qui correspond à l'œil gauche, et l'hémisphère gauche à l'œil droit. Quand l'œil *droit* est ouvert, l'hémisphère cérébral *gauche* est en catalepsie; et comme la catalepsie supprime les manifestations de l'activité cérébrale, l'aphasie se produit. Quand l'œil *gauche* est ouvert, l'hémisphère cérébral *droit* est en catalepsie; et comme cet hémisphère ne sert pas à la production du langage, la parole persiste [3].

L'explication proposée par M. Ballet repose sur deux hypothèses

[1] Ch. Féré, *Les hypnotiques hystériques considérées comme sujet d'expérience en médecine mentale* (*Archives de neurologie,* t. VI, 1883, p. 132).

[2] Voyez XXXII[e] leçon, t. I, p. 417. Les observations I, II, III et IV se rapportent à des cas de monoplégie hystérique du membre supérieur droit sans aphasie concomitante.

[3] Gilbert Ballet, *Nouveau fait à l'appui de la localisation de Broca. Démonstration expérimentale de la localisation de la faculté du langage dans l'hémisphère gauche du cerveau* (*Progrès médical,* 1880, n° 37, p. 739).

dont la première est en opposition avec des faits très précis, et dont la seconde n'est rien moins que démontrée. Il est peu probable, en effet, que les impressions lumineuses portant sur un seul œil soient transmises en totalité à l'hémisphère cérébral du côté opposé, car s'il en était ainsi, la destruction d'un hémisphère devrait produire la cécité de l'œil opposé, l'autre conservant l'intégralité de ses fonctions. Or, les expériences de MM. Ferrier et Yeo [1], Loeb [2], etc., prouvent que, chez le chien et le singe, l'ablation des circonvolutions sensitives d'un hémisphère cérébral détermine, au lieu de la cécité complète de l'œil du côté opposé que suppose l'hypothèse de M. Ballet, une hémiopie latérale homonyme, c'est-à-dire une perte partielle de la vision des deux rétines, et les observations anatomo-cliniques démontrent que chez l'homme les choses se passent comme chez les autres animaux supérieurs.

D'autre part, rien ne démontre que la catalepsie des membres d'un côté du corps soit provoquée par l'inertie fonctionnelle de l'hémisphère cérébral du côté opposé. S'il en était ainsi, les phénomènes observés dans l'hémi-catalepsie devraient être semblables à ceux que détermine la destruction d'un hémisphère cérébral. Or, jamais on n'a vu les lésions destructives d'un côté du cerveau donner lieu à des symptômes analogues à ceux que présentent les hémi-cataleptiques. A vrai dire, nous ignorons absolument quelle est la nature des modifications organiques ou dynamiques qui se produisent dans les centres nerveux pendant les états hypnotiques, et tant que nous serons dans cette ignorance il sera impossible d'appliquer utilement l'hypnotisme à l'étude des localisations fonctionnelles dans les diverses parties du cerveau.

IV

Pour les mêmes raisons on ne doit, à mon avis, accepter qu'avec les plus expresses réserves les conclusions des observateurs qui ont cherché à établir, sur l'analyse des symptômes de l'hypnose unilatérale, la théorie du *dualisme cérébral*.

Il est bien démontré aujourd'hui que les *centres moteurs corticaux* sont bilatéraux et qu'ils siègent sur des points symétriques

[1] Ferrier et Yeo, *On the cerebral visual centres* (*Brain*, octobre 1880, p. 419).

[2] J. Loeb, *Die Sehstœrungen nach Verletzungen der Grosshirnrinde* (*Pfluger's Archiv*, Bd XXXIV, 1884).

des circonvolutions. Aussi, les lésions destructives de la zone motrice d'un côté déterminent-elles toujours (à cause de l'entre-croisement du faisceau pyramidal) des paralysies permanentes du côté opposé du corps.

Il est probable — bien que cela ne soit pas aussi certain — que les *centres sensitifs corticaux* sont également bilatéraux. Mais ces centres sensitifs n'ont pas une action croisée aussi nette que les centres moteurs, puisque, par exemple, la destruction unilatérale des circonvolutions occipitales dans lesquelles se concentrent les sensations visuelles ne provoquent jamais la cécité complète de l'œil du côté opposé.

Enfin, nous ignorons absolument quelle est la localisation précise des organes qui servent à l'élaboration des fonctions purement psychiques, telles que la conscience, la volonté, le jugement, la mémoire. Nous savons seulement que ces fonctions sont beaucoup plus compliquées qu'on ne le supposait jadis, et qu'au lieu de représenter des facultés autonomes à organes distincts, elles sont très probablement des résultantes de l'activité simultanée et synergique de plusieurs parties des centres nerveux. C'est au moins ce que tendent à démontrer les études faites dans ces dernières années sur les aphasies motrices et sensorielles, études desquelles il résulte que l'aphasie motrice, l'agraphie pure, la cécité verbale et la surdité verbale, c'est-à-dire la perte du souvenir des associations musculaires nécessaires à l'articulation des mots ou au tracé de l'écriture et la perte du souvenir de la signification des caractères graphiques ou phonétiques, sont produites par des lésions occupant des sièges différents : l'aphasie motrice par les lésions destructives du pied de la troisième circonvolution frontale gauche, l'agraphie pure par celles du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche, la cécité verbale par celles de la région du pli courbe gauche, la surdité verbale par celles de la partie moyenne de la première circonvolution sphénoïdale gauche.

Sans tenir compte de ces données extrêmement complexes, les partisans de la théorie du *dualisme cérébral* soutiennent que les deux hémisphères du cerveau sont des organes physiologiquement séparés, jouissant l'un et l'autre des mêmes propriétés, mais indépendants l'un de l'autre, de telle sorte que chacun aurait sa sphère d'influence motrice et sensitive, sa conscience propre, son jugement, sa mémoire, etc. « Nous avons deux cerveaux, » écrivait Wigan [1],

[1] Wigan, *New View of insanity. The duality of mind*. London, 1844.

il y a près d'un demi-siècle; « nous sommes tous bicéphales, » dit aujourd'hui M. B. Ball[1]. A l'état normal, d'après la théorie dualiste, nos deux cerveaux fonctionnent synergiquement, ce qui donne à l'être humain l'illusion de son unité morale; mais, dans certaines conditions pathologiques, leur action devenant asynergique peut donner lieu aux dédoublements de la conscience et de la personnalité qui s'observent si souvent chez les fous. Aussi, la folie avec conscience s'expliquerait-elle, d'après M. Hugues, par ce fait que l'un des deux hémisphères restant sain et l'autre étant malade, le premier se rendrait compte des aberrations du second[2].

Telle est la doctrine que MM. Dumontpallier et Bérillon se sont efforcés d'étayer par l'étude des phénomènes hypnotiques unilatéraux. Mais les expériences qu'ils ont faites ne me paraissent pas démontrer d'une façon positive les conclusions qu'ils en ont voulu tirer. Elles peuvent être rangées dans deux groupes distincts. Le premier comprend les expériences pratiquées sur des sujets en état cataleptique, auxquels on donne des suggestions bilatérales simultanées, mais de caractère différent d'un côté à l'autre. En voici un exemple qui peut servir de type :

« Une malade, la nommée Pauline G..., âgée de vingt ans, est mise en catalepsie.

» On s'est assuré préalablement que sa sensibilité était également répartie des deux côtés du corps. L'expérimentateur pose l'extrémité des doigts de la main gauche de la malade sur les lèvres de ladite malade et imprime au bras du même côté les mouvements qui sont exécutés dans l'acte qui consiste à envoyer des baisers avec la main. Aussitôt la malade répète le mouvement en même temps que le côté gauche de sa figure prend l'expression du sourire et s'épanouit. Pendant que les mouvements du bras gauche continuent et que le côté gauche de la face conserve l'expression du sourire, on donne au bras et à la main du côté droit l'attitude d'une personne qui repousserait un objet, une image qui lui ferait horreur; la malade conserve au bras droit cette attitude, et le côté droit du visage prend l'expression de la terreur; le sourcil se contracte, la commissure labiale s'abaisse. Dans cet état, le visage de la malade offre une expression *double* qui est en rapport avec les attitudes des membres. La malade une fois réveillée ne se souvient de rien de ce qui s'est passé[3]. »

Cette expérience prouve bien, ce me semble, que dans l'état cataleptique certaines attitudes des membres d'un côté du corps peuvent

[1] Ball, *Le dualisme cérébral* (*Revue scientifique,* 12 janvier 1884).
[2] Hugues, *American Journal of insanity*, août 1875.
[3] Bérillon, *op. cit.*, p. 172.

entraîner la contraction associée de certains muscles expressifs du même côté du visage. Mais elle ne démontre pas, ainsi que le disent MM. Dumontpallier et Bérillon, l'intervention active et asynergique des deux hémisphères cérébraux. J'y vois bien des effets de l'automatisme spinal; je n'y vois pas de manifestations positives de l'activité cérébrale. Le visage du sujet exprime le rire d'un côté et la tristesse de l'autre, mais il n'est pas certain que le cerveau commande ces expressions différentes et que, pour employer les expressions de M. Dumontpallier, le sujet rie avec un de ses hémisphères cérébraux et pleure avec l'autre. Il se peut fort bien que tout se passe dans la moelle allongée, c'est-à-dire dans les centres d'association des muscles du visage et que le cerveau proprement dit n'intervienne pas dans la production de ces rires ou de ces pleurs automatiques.

Passons aux expériences du second groupe. Celles-ci sont faites sur des sujets en état somnambulique et elles ont pour but de provoquer des illusions ou des hallucinations bilatérales simultanées mais de caractère différent pour chaque côté. Voici les détails de l'une d'elles :

« La malade, Mme C..., est mise en somnambulisme par pression sur le vertex. Le sens du goût sur lequel doit porter l'illusion est parfaitement intact et lui donne des sensations réelles.

» Dans ces conditions, on dépose sur le côté droit et sur le côté gauche de la langue de la malade quelques gouttes d'eau. Elle a nettement la sensation du contact et du goût de l'eau. Mais si on lui dit qu'elle se trompe et que ce n'est pas de l'eau, mais du rhum, qu'on dépose sur le côté droit de la langue, elle en convient et fait une grimace qui marque son dégoût. De même, si on met quelques gouttes d'eau sur le côté gauche de la langue, on lui persuade facilement que c'est du sirop, elle a l'illusion d'un liquide sucré et elle trouve cela agréable.

» L'illusion double du rhum et du sirop sur la langue dure un certain temps, et la malade, interrogée à nouveau, trouve bizarre qu'on lui ait mis du rhum sur un côté de la langue et du sucre de l'autre côté.

» Ainsi, ajoute l'auteur, dans cette expérience la malade avait à un moment donné, et cela simultanément, la saveur amère du rhum d'un côté de la langue et la saveur sucrée du sirop de l'autre côté. Il y avait donc une double perception cérébrale, fausse, illusoire, dont le point de départ avait été une sensation distincte et vraie pour chaque côté de la langue. N'est-il pas rationnel de penser de cette expérience que la sensation linguale bi-latérale exacte, réelle d'abord, a été l'occasion de deux illusions gustatives dont le siège distinct pour chacune d'elles était dans un hémisphère cérébral différent, correspondant à l'origine du nerf sensitif[1].

[1] Bérillon, *op. cit.*, p. 176.

Ici encore, les conclusions me paraissent dépasser la portée de l'observation. Il y a eu deux impressions réelles et deux illusions différentes. Admettons (bien que cela ne soit pas absolument certain) que chacune des deux impressions initiales ait été portée en totalité à l'hémisphère cérébral opposé qui l'a perçue; il resterait encore à prouver que ces perceptions ont été nécessaires à la production des illusions et que celles-ci ont éveillé deux consciences distinctes. Or la sensation réelle n'a, dans l'espèce, aucune importance; la suggestion se serait produite tout aussi bien si on avait dit à la malade qu'elle éprouverait des sensations différentes sur les deux côtés de la langue, sans appliquer aucun corps étranger sur sa langue; et, dans ce cas, rien n'aurait autorisé à supposer l'intervention de deux centres psycho-sensoriels distincts et de deux consciences autonomes.

Aussi, sans nier l'intérêt très grand que présentent les expériences de MM. Dumontpallier et Bérillon, je ne crois pas qu'elles démontrent «de la façon la plus absolue et la plus indiscutable l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral». Il me semble que dans cette question, comme dans toutes celles qui touchent aux problèmes psycho-physiologiques, l'hypnotisme a fourni des faits curieux, des documents qui seront probablement utilisés plus tard, mais ces faits et ces documents sont encore d'une interprétation trop obscure pour qu'on puisse d'ores et déjà les appliquer avantageusement à la démonstration ou à la recherche des localisations fonctionnelles dans les différentes parties des centres nerveux.

SOIXANTE-DEUXIÈME LEÇON

DES RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE ET DE L'HYPNOTISME

SOMMAIRE

I. Identité symptomatique de l'hypnose spontanée qui s'observe dans les attaques de sommeil hystérique et de l'hypnose provoquée.

II. Tous les symptômes somatiques de l'hypnose peuvent exister chez les hystériques à l'état de veille. Démonstration clinique de cette proposition.

III. Les phénomènes sensitifs et psychiques qui accompagnent habituellement l'hypnose peuvent également se rencontrer chez des hystériques à l'état de veille.

IV. Tous les hystériques ne sont pas hypnotisables, mais tous les sujets hypnotisables sont plus ou moins hystériques ou névropathes. L'hypnose expérimentale est une maladie artificielle, une attaque de sommeil provoquée.

Messieurs,

L'étude des rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme a donné lieu à de vives discussions. Tandis que certains observateurs, comme MM. Charcot, Paul Richer, Gilles de La Tourette, Babinski, etc., soutiennent que l'hypnose provoquée est un état pathologique des centres nerveux dérivant directement de l'hystérie, d'autres prétendent, avec MM. Liébeault, Bernheim, Morselli, etc., que le sommeil hypnotique est un phénomène physiologique sans rapport d'aucune espèce avec l'hystérie. Les partisans des deux opinions sont également convaincus et également affirmatifs. « Nous soutiendrons jusqu'à plus ample informé, dit M. Babinski, que tout sujet qui se montre sensible à l'hypnose appartient de fait à la grande famille névropathique [1]. » Ce à quoi M. Bernheim répond : « Dire qu'on ne peut hypnotiser que les hystériques ou les personnes ayant une tare névropathique, c'est dire une chose absolument erronée contre laquelle protestent tous les médecins qui ont assisté à nos expériences et font comme nous. C'est la plus grande erreur qui ait été formulée sur l'hypnose. J'affirme qu'il n'y a aucun

[1] Babinski, *Grand et petit hypnotisme* (*Archives de neurologie*, t. XVII, 1889, p. 269).

rapport entre l'hypnotisme et l'hystérie. Le sommeil hypnotique est identique au sommeil naturel; ce n'est pas une *névrose hypnotique*[1]. »

L'observation clinique peut seule trancher un pareil différend. Voyons ce qu'elle nous apprend.

I

Un premier fait qui ressort nettement de l'expérience de tous les cliniciens et qui n'est, je crois, contesté par personne, c'est que l'hypnose spontanée est un épisode symptomatique de l'hystérie. Par cela seul qu'un malade est sujet à des attaques de léthargie, de catalepsie ou de somnambulisme, on en peut induire qu'il est hystérique. De même, l'hypnose, qui se produit, sans provocation expérimentale, à la fin des grandes attaques convulsives des hystériques, fait partie intégrante de la symptomatologie des attaques qui la précèdent. Elle est, elle aussi, une manifestation de nature hystérique.

Or, l'hypnose expérimentale est la reproduction fidèle de l'hypnose spontanée. Entre un malade en état d'attaque de sommeil et le même malade hypnotisé expérimentalement, il n'y a aucune différence appréciable : tous les symptômes sont identiques. Il est dès lors naturel de supposer que l'hypnose expérimentale n'est que la reproduction artificielle d'un état pathologique susceptible de se développer spontanément dans le cours et sous l'influence directe de l'hystérie.

Une seconde raison non moins importante, ce me semble, c'est que tous les symptômes que l'on observe chez les sujets hypnotisés peuvent se rencontrer sur des hystériques à l'état de veille et font éventuellement partie du cortège des symptômes de l'hystérie. Nous ne savons pas encore de quelles modifications intimes des centres nerveux dépendent les phénomènes dits hypnotiques. Nous savons seulement que les manœuvres hypnogènes ont pour effet de déterminer, chez certains sujets, l'apparition de phénomènes musculaires, sensitifs et psychiques dont la sériation régulière ou irrégulière constitue les formes typiques du grand hypnotisme ou les formes frustes et incomplètes du petit hypnotisme. De ces phéno-

[1] Bernheim, *Premier Congrès international de l'hypnotisme expérimental et théra peutique*. Paris, 1890, p. 277.

mènes, les plus caractéristiques sont : la plasticité cataleptique, l'excitabilité cutano-musculaire somnambulique, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire léthargique, l'haphalgésie, la suggestibilité. Eh bien ! si chacun d'eux peut exister isolément chez des hystériques en dehors de l'état d'hypnose provoquée, n'est-on pas en droit de les considérer comme des accidents de nature hystérique quand ils se montrent réunis à la suite de manœuvres expérimentales ?

Ceci mérite une démonstration clinique régulière, à laquelle nous allons procéder tout de suite.

II

Commençons par rechercher sur des hystériques à l'état de veille les phénomènes musculaires de l'hypnose expérimentale.

1° La *plasticité cataleptique,* c'est-à-dire l'aptitude à conserver les membres immobiles dans des positions incommodes pendant un temps relativement fort long, se rencontre parfois dans l'hystérie vulgaire. Lasègue l'avait constatée dès 1864, sur deux de ses malades [1]. Nous avons vérifié ses observations quand nous avons étudié ensemble les perturbations du sens musculaire chez les hystériques [2]. Je vous ai montré alors que certains malades qui ont perdu la conscience de l'activité musculaire et la notion de la fatigue, peuvent rester les bras en croix durant une demi-heure ou une heure, alors que des personnes très vigoureuses sont incapables de conserver cette position plus de quelques minutes.

MM. Binet et Féré ont repris l'étude de ce curieux phénomène [3]. Ils l'ont observé chez cinq hystériques, sur seize qu'ils ont examinées. Pour le mettre en évidence, ils ont procédé tantôt en bandant les yeux aux malades, tantôt en leur laissant les yeux ouverts. Les hystériques sur lesquelles ils ont expérimenté avaient presque toutes de l'anesthésie cutanée et musculaire. Dans les cas où l'anesthésie était totale, la conservation des attitudes avait lieu dans les membres des deux côtés du corps ; dans les cas où elle

[1] Lasègue, *Anesthésie et ataxie hystériques* (*Archives générales de médecine,* 1864) et *Catalepsies partielles et passagères* (*Archives générales de médecine,* 1865).

[2] Voyez X[e] leçon, t. I[er], p. 113. Cette leçon a été faite dans le premier semestre de 1887 et publiée par le *Journal de médecine* de Bordeaux des 28 août et 4 septembre de la même année.

[3] A. Binet et Ch. Féré, *Recherches expérimentales sur la physiologie des mouvements chez les hystériques* (*Archives de physiologie normale et pathologique,* octobre 1887).

était hémi-latérale, la plasticité cataleptique n'existait que du côté anesthésié. La durée de la conservation des poses a varié de une demi-heure à une heure et demie. Pendant tout ce temps, les malades restaient immobiles et leurs membres étendus ne présentaient aucune espèce de tremblement. Les réflexes tendineux étaient conservés et l'excitabilité faradique des muscles restait normale. Il n'y avait aucune sensation de fatigue. A la fin des expériences, les malades serraient le dynamomètre aussi énergiquement qu'avant leur début. Il est vrai que les muscles de la main qui interviennent pour serrer le dynamomètre ne sont pas les mêmes qui ont travaillé au maintien de l'attitude.

MM. Binet et Féré paraissent considérer l'anesthésie cutanée comme une des conditions nécessaires à la production de la plasticité cataleptique. J'ai partagé longtemps cette opinion, mais j'ai vu dans ces derniers temps quelques faits qui m'ont obligé à modifier sur ce point ma manière de voir. J'ai observé deux fois la plasticité cataleptique chez des sujets dont la peau avait conservé sa sensibilité normale.

Je dois ajouter que je l'ai nettement constatée ces jours-ci sur un de vos camarades, M. B... Voici dans quelles circonstances cette constatation a été faite :

Sept élèves du service avaient bien voulu se prêter, sur ma demande, à une expérience de contrôle. Ils s'étaient placés debout, les bras en croix, et devaient rester dans cette position aussi longtemps que possible. Six ont renoncé à poursuivre l'expérience après trois, quatre, six, sept, huit et douze minutes. Un seul, M. B..., a résisté plus longtemps et est resté, sous nos yeux, les bras étendus horizontalement, sans appui d'aucune espèce, pendant *une heure,* montre en main. Au bout de ces soixante minutes d'immobilité statique de ses muscles, il n'éprouvait aucune fatigue et s'offrait à rester encore dans la même position. M. B... est maigre, chétif, délicat; par son hérédité et son émotivité excessive, il appartient à la famille névropathique, mais il n'a jamais eu d'accidents hystériques éclatants.

De l'ensemble des observations précédentes, il faut conclure que la plasticité dite cataleptique n'est pas un symptôme spécial à la phase cataleptique du sommeil hypnotique, puisqu'on l'observe assez fréquemment chez les hystériques à l'état de veille et exceptionnellement chez quelques personnes portant des tares névropathiques légères.

2° L'*excitabilité cutano-musculaire* qui accompagne d'ordinaire l'état somnambulique n'est pas davantage un symptôme pathognomonique du sommeil hypnotique. Elle existe très fréquemment chez les hystériques à l'état de veille[1]. C'est elle qui caractérise la diathèse de contracture, et cette diathèse, d'après les observations de M. Berbez, se montrerait dans les trois quarts des cas d'hystérie confirmée[2].

Nous en avons déjà soigneusement étudié les manifestations quand nous nous sommes occupés des contractures hystériques[3]; mais il me paraît utile de vous en montrer un nouvel exemple. La malade qui va nous le fournir est la nommée Berthe M..., dont voici, en quelques mots, l'histoire pathologique :

Observation I. — *Hystérie confirmée; diathèse de contracture à l'état de veille.* — Berthe M..., lisseuse, âgée de dix-huit ans, est une petite brune très intelligente, qui aime passionnément le plaisir et s'y livre sans modération.

Son *père,* très irritable, est mort d'une pneumonie; il s'enivrait souvent avec des liqueurs fortes, de préférence avec de l'absinthe. Sa *mère* est sujette à des attaques de nerfs à l'occasion des moindres contrariétés. *Grand-père paternel,* alcoolique endurci. *Grand'mère,* violente, nerveuse sans attaques.

Berthe a eu une enfance maladive. De un à six ans, convulsions fréquentes, avec contorsions des membres et du visage. A deux ans, après avoir couché sur des matelas mouillés, elle fut prise d'une faiblesse extrême des quatre membres. Cette faiblesse dura six mois environ.

A douze ans, anémie très prononcée, causée en partie par la privation volontaire d'aliments. L'enfant s'ennuyait au couvent dans lequel on l'avait mise en pension; elle voulait à toute force en sortir. Comme ses parents résistaient, elle résolut de se rendre malade, et y réussit en se privant de nourriture.

La menstruation s'établit à douze ans, sans accidents.

A seize ans, la malade eut un paquet ganglionnaire de l'aisselle droite, qui fut enlevé par le professeur Denucé.

Toute sa vie, Berthe a été volontaire, émotive et irritable. Elle a tenté trois fois de se suicider pour des motifs futiles[4]. Depuis quatre ou cinq ans, quand elle se met en colère, elle a des quintes de toux convulsive qui durent un jour ou deux et disparaissent sans laisser de traces. Il y a deux

[1] Charcot et Richer, *Diathèse de contracture chez les hystériques* (*Société de biologie*, séance du 15 décembre 1883).

[2] Paul Berbez, *Sur la diathèse de contracture et en particulier sur la contracture produite chez les sujets hystériques (hommes et femmes) par l'application d'une ligature* (*Progrès médical,* 9 octobre 1886, p. 835).

[3] Voyez XXIX[e] leçon, t. I, p. 377.

[4] Pour les détails de ces tentatives de suicide, voyez XL[e] leçon, obs. vii, t. II, p. 51.

ans, à la suite d'une faute qu'elle avait commise, ses parents l'enfermèrent dans une chambre froide, sans communication avec le reste de la maison. On lui portait à manger comme à une prisonnière. Vers le huitième jour

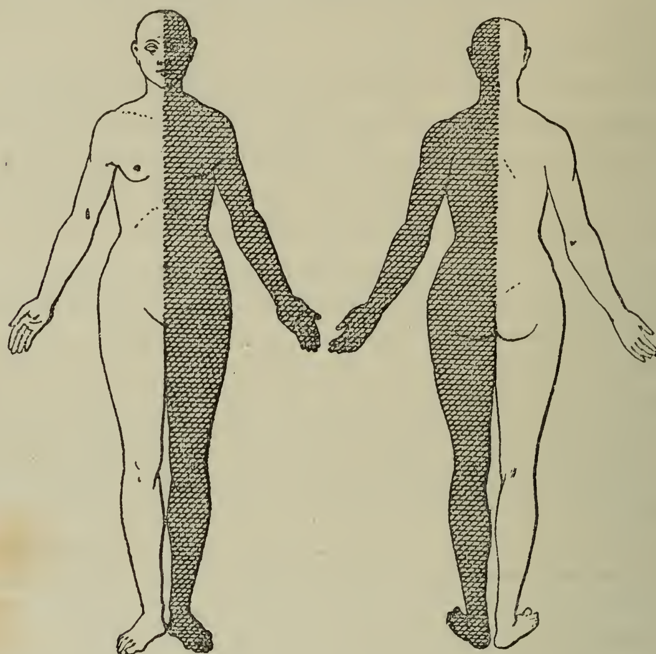


Fig. 35. — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Berthe M...

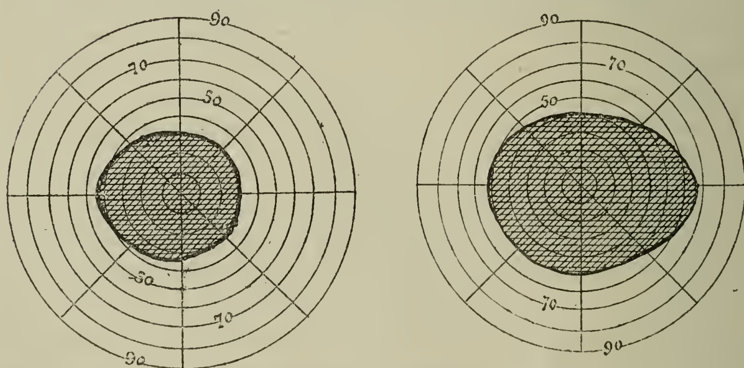


Fig. 36. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Berthe M...

de cette claustration, elle eut ses règles et, à la suite, ses deux jambes enflèrent depuis les pieds jusqu'aux genoux. L'œdème était accompagné de douleurs vives et de larges taches ecchymotiques. Il dura trois semaines

environ. Les ecchymoses se sont effacées en même temps que l'œdème a disparu, mais elles ont laissé à leur place des taches pigmentées de la peau, qui persistent encore aujourd'hui sous la forme de larges plaques brunâtres, sans épaississement du derme.

Berthe a eu son premier amant à quinze ans et demi. Elle mène, depuis cette époque, une conduite des plus irrégulières.

Elle est sujette, depuis un an, à des attaques convulsives violentes, qui se reproduisent toutes les fois qu'elle a une contrariété ou une colère. Elles débutent par une aura ovarienne très nette. Une boule, se détachant du flanc gauche, monte au cœur et à la gorge. La malade étouffe, sanglote, puis elle pousse un grand cri et les convulsions commencent. Elles durent de dix à trente minutes et se terminent par une phase d'hypnose post-convulsive assez prolongée. La première attaque a eu lieu à la suite d'une querelle.

Dans les intervalles des attaques, Berthe est hémianesthésique gauche *(fig. 35)*. Les muqueuses du côté gauche sont insensibles comme la peau. Le champ visuel gauche est très rétréci, le droit l'est un peu moins *(fig. 36)*.

Berthe est très facilement hypnotisable. Elle a été endormie la première fois, il y a un an, par un charlatan qui voulait la dresser à donner des consultations somnambuliques. Elle n'a jamais eu d'attaques de sommeil spontané en dehors des phases d'hypnose post-convulsive succédant à ses attaques.

Ces renseignements suffisent, je pense, pour vous prouver que Berthe M... est bien une hystérique. Voyons maintenant les phénomènes musculaires sur lesquels je désire appeler spécialement votre attention.

Notre malade étant à l'état de veille normal, je souffle légèrement sur son avant-bras gauche, et vous pouvez constater qu'une contracture diffuse très intense immobilise et raidit aussitôt le membre correspondant. Je renouvelle l'excitation, et la contracture s'étend rapidement aux autres membres. Il a suffi d'une irritation superficielle et légère de la peau pour provoquer une contracture généralisée des plus violentes, qui va se dissiper en quelques secondes si je souffle brusquement trois ou quatre fois sur les membres contracturés.

Cette malade présente en outre, mais sur une moitié du corps seulement, un autre phénomène qui se rencontre très souvent dans l'état somnambulique, je veux parler de l'*haphalgésie*. L'application, sur un point quelconque de la peau ou des muqueuses du *côté gauche* du corps, d'une pièce d'or, d'argent ou de cuivre détermine une sensation de brûlure qui arrache des cris à la

malade et provoque une contracture intense des muscles sous-jacents. Les tracés que je place sous vos yeux vous feront saisir les

Fig. 37. — Contraction des muscles fléchisseurs des doigts provoquée par l'insufflation légère de la peau de l'avant-bras. La décontraction se produit lentement.



Fig. 38. — Contraction provoquée par la friction de l'avant-bras avec un manche de porte-plume en bois. La contraction est plus vive que dans la figure précédente ; la décontraction est lente.

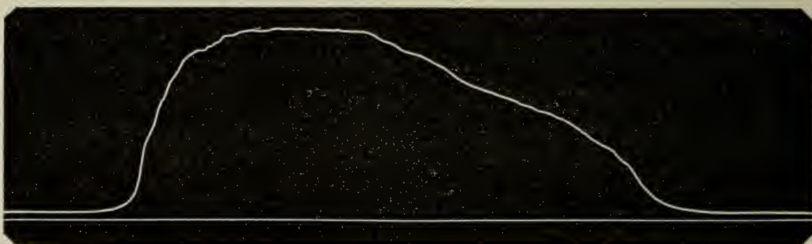


Fig. 39. — Contraction provoquée par le contact d'un objet en or ; le raccourcissement des muscles est brusque et énergique ; il persiste après la cessation du contact de l'agent excitateur. Pour obtenir la décontraction il a fallu souffler fortement sur l'avant-bras.



différences d'excitation produites par le souffle, le contact d'un corps dur indifférent et le contact d'un métal à action haphalgé-

sique. Ils ont été recueillis de la façon suivante : la malade éveillée, mais les yeux bandés, tenait dans sa main gauche une boule de caoutchouc reliée par un tube à un tambour inscripteur. L'insufflation pratiquée sur la face antérieure de l'avant-bras provoquait une contraction lente, graduelle des muscles fléchisseurs des doigts *(fig. 37)*, contraction qui se dissipait spontanément après quelques instants. La friction légère avec un corps dur indifférent (dans l'espèce, c'était un manche de porte-plume en bois) a été suivie d'une contraction plus brusque des fléchisseurs *(fig. 38)*, contraction qui s'est dissipée spontanément. La friction légère, pratiquée avec le bout arrondi d'un porte-crayon en or, a été suivie d'une contracture brusque et intense des muscles sous-jacents *(fig. 39)*, et cette contracture a persisté jusqu'à ce qu'on l'ait fait disparaître en soufflant fortement sur l'avant-bras.

Rappelez-vous que la malade était éveillée et qu'ayant les yeux bandés, elle ne pouvait savoir avec quel objet nous touchions son avant-bras.

Mais l'haphalgésie est ici un phénomène accessoire. Le fait capital, celui qui seul doit fixer pour le moment notre attention, c'est que notre malade présente à l'état de veille des phénomènes identiques à ceux qui caractérisent l'excitabilité cutano-musculaire de l'état somnambulique. Cette excitabilité cutano-musculaire n'est donc pas spéciale à la phase somnambulique du grand hypnotisme, puisqu'on l'observe nettement chez certains hystériques à l'état de veille normal.

3° L'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, qui constitue le principal symptôme somatique de la léthargie, se rencontre plus rarement chez les hystériques à l'état de veille que la plasticité cataleptique ou l'excitabilité cutano-musculaire somnambulique. On l'a cependant notée dans quelques observations.

MM. Tamburini et Seppilli[1], Magnin[2], Charcot[3], Marina[4] et d'autres encore l'ont nettement constatée sur des hystériques

[1] Tamburini et Seppilli, *Contribuzione allo studio dell' ipnotismo* (*1° communicazione, Rivista sperimentale di freniatria*, t. VII, p. 261).

[2] Magnin, *Étude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme; de quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme*. Th. doct., Paris, 1884.

[3] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 357.

[4] Marina, *Reazione dei nervi e dei muscoli alle eccitazioni elettriche in una donna che, per ripetate ipnosi, presentava fenomeni ipnotici in istato di veglia* (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. XIII, 1887, p. 164).

parfaitement éveillés chez lesquels elle existait seule ou associée à l'hyperexcitabilité cutano-musculaire somnambulique. Je l'ai vue moi-même sur trois malades dont une est encore à l'hôpital et va nous servir à quelques expériences qui ne laisseront, je l'espère, aucun doute dans vos esprits.

Obs. II. — *Hystérie confirmée; hyperexcitabilité musculaire à l'état de veille.* — Lucie J..., lingère, âgée de vingt ans.

Antécédents héréditaires : Père, très alcoolique, d'une violence de caractère excessive; *mère,* morte à vingt-huit ans d'une pleurésie, était très emportée et avait souvent des attaques de nerfs. Pas de renseignements sur les autres parents.

Antécédents personnels : Depuis sa plus tendre enfance, Lucie est extrêmement émotive. Le moindre reproche, la plus petite réprimande lui donne des crises de pleurs et de sanglots convulsifs.

Réglée à quatorze ans, elle est restée dans un couvent jusqu'à l'âge de dix-neuf ans. Aussitôt qu'elle a été livrée à elle-même, elle a pris un amant, avec lequel elle vit depuis un an.

État actuel : Lucie a eu sa première grande attaque d'hystérie il y a six mois, à la suite d'une querelle violente avec son amant. Depuis lors, elle en a presque tous les jours. Ce sont des attaques tout à fait régulières, présentant nettement les trois périodes : præ-convulsive, convulsive et post-convulsive.

Dans leur intervalle, la malade est hémianesthésique du côté gauche *(fig. 40).* L'anesthésie porte à la fois sur la peau, les muqueuses et le sens musculaire. Les yeux fermés, Lucie ne se rend pas compte des positions qu'on donne à ses membres du côté gauche; elle ne reconnaît pas la forme des objets que l'on place dans sa main gauche.

Rétrécissement concentrique des deux champs visuels, beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite *(fig. 41).* Réflexe pharyngien conservé.

Trois zones spasmogènes très actives existent : l'une sur le milieu de la région dorsale de la colonne vertébrale, les deux autres sous les seins *(fig. 40).* Une zone spasmo-frénatrice se trouve dans la région ovarienne droite *(fig. 40).*

Lucie est facilement hypnotisable par la fixation d'un objet brillant, par l'audition d'un bruit monotone, par la compression des globes oculaires. Elle a été endormie pour la première fois, il y a quelques mois, par un étudiant, après une nuit de bal. Depuis lors, elle s'est prêtée souvent à des expériences d'hypnotisme.

Lorsqu'elle est éveillée, cette malade ne présente pas le phénomène de l'haphalgésie. Ses muscles ne se contracturent pas si on souffle légèrement sur la peau qui les recouvre ou si on imprime aux membres des chocs brusques. Mais, si l'on presse avec le bout du doigt ou avec un corps dur quelconque les masses musculaires

du côté gauche du corps (côté anesthésique), les muscles sous-jacents se contractent aussitôt comme s'ils étaient excités par un courant faradique de moyenne intensité.

Fig. 40. — Distribution de l'anesthésie cutanée et des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Lucie J...

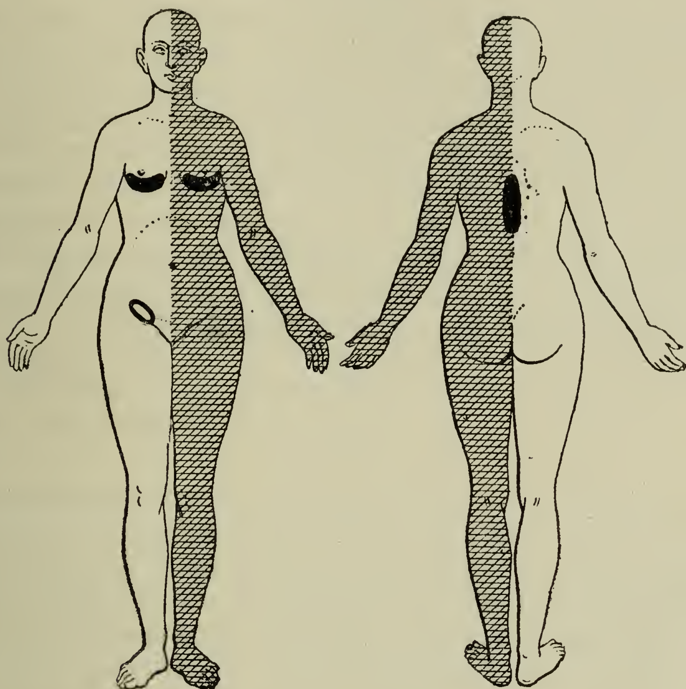
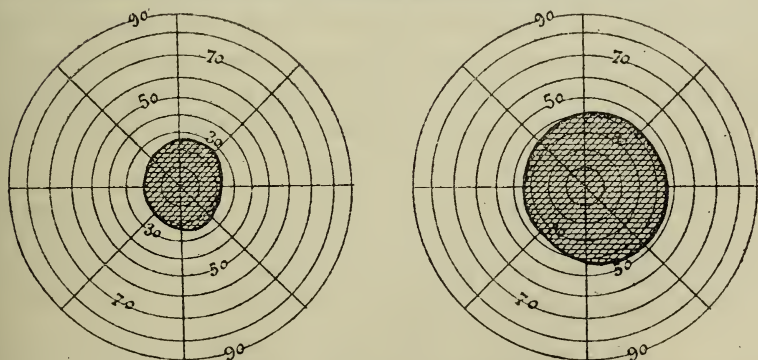


Fig. 41. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Lucie J...



Ils se contracturent quand on vient à malaxer les membres avec une certaine énergie. Ainsi, je malaxe les muscles de l'avant-bras

gauche, et vous voyez que les doigts prennent aussitôt des attitudes crispées, convulsives, qui indiquent la contracture des muscles correspondants.

L'excitation isolée des muscles donne, elle aussi, des résultats très nets : je touche avec le bout de l'index la région moyenne du côté gauche du cou, et vous voyez se dessiner les fibres du peaucier du cou. J'excite de la même façon le sterno-cléido-mastoïdien gauche, et la tête exécute le mouvement de rotation et d'inclinaison vers l'épaule, qui résulte de la contraction de ce muscle. Bref, les choses se passent comme elles devraient se passer si la malade était dans la phase léthargique du grand hypnotisme, et puisque elle est parfaitement éveillée en ce moment, nous devons conclure que des phénomènes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire semblables à ceux qui se produisent dans la grande léthargie peuvent exister chez certains hystériques à l'état de veille[1].

III

Les *phénomènes sensitifs et psychiques* qui s'observent ordinairement dans l'état de sommeil hypnotique peuvent également se montrer sur des hystériques à l'état de veille. Je ne reviendrai pas sur la démonstration de l'anesthésie et de l'haphalgésie, mais je voudrais vous dire quelques mots de la *suggestibilité* qui existe chez certains sujets, en dehors de l'état de sommeil hypnotique.

L'abbé Faria connaissait fort bien les suggestions à l'état de veille. Il faisait sur diverses personnes, et particulièrement sur ses somnambules, *lorsqu'ils étaient éveillés,* de curieuses expériences. « A son seul commandement, il leur paralysait soit un bras, soit une jambe, soit les yeux, soit la bouche ou les oreilles. »

Le général Noizet a répété et varié ces expériences sur le soldat prussien qui servait à ses recherches.

« Je le pris un jour, dit-il, tout éveillé et, après lui avoir fait fermer les yeux, je lui présentai de l'eau en la lui donnant pour une liqueur forte. Il la but et lui trouva une saveur que j'avais désignée d'avance. Je lui faisais aussi éprouver à volonté, quoiqu'il fût éveillé, des sensations de froid et de chaud[2]. »

[1] Il y a cependant une différence qu'il convient de signaler. L'hyperexcitabilité est limitée aux muscles : l'excitation des nerfs moteurs n'a jamais produit chez cette malade la contraction des muscles correspondants.

[2] Général Noizet, *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal adressé en 1820 à l'Académie royale de Berlin.* Paris, 1854, p. 110-113.

Dans ces dernières années, MM. Émile Yung[1], Bernheim[2], Charles Richet[3], Liégeois[4], Beaunis[5], de Rochas[6], Delbœuf[7], Forel[8], Morselli[9] ont repris l'étude de cette question et démontré, par de nombreux exemples, que beaucoup d'hystériques ou de névropathes sont accessibles aux suggestions à l'état de veille. Voici une de nos malades qui paraît être parfaitement éveillée. Elle répond très nettement aux questions qu'on lui pose. Je lui dis de tirer la langue, et quand elle a exécuté cet ordre, j'ajoute impérativement : « Vous ne pouvez plus rentrer la langue dans votre bouche. » Elle reste, en effet, immobile, la bouche ouverte, très vexée de nous donner le spectacle de son attitude grimaçante, mais incapable de mouvoir sa langue.

La suggestibilité qui, d'après M. Bernheim, est le symptôme principal et presque pathognomonique de l'état hypnotique[10] peut donc exister à l'état de veille chez des sujets non hypnotisés et constituer un symptôme permanent de la diathèse névropathique, de même que la plasticité cataleptique, l'hyperexcitabilité cutano-musculaire, l'haphalgésie, etc.

IV

Nous venons de voir que l'hypnose spontanée est sûrement un épisode symptomatique de l'hystérie, et que tous les phénomènes dits hypnotiques peuvent se rencontrer chez des hystériques ou des névropathes à l'état de veille. Il semble devoir ressortir de ces constatations qu'il existe des rapports d'étroite parenté entre l'hystérie et l'hypnotisme. Mais on peut faire et on a souvent fait

[1] Émile Yung, *Le sommeil normal et le sommeil pathologique*. Paris, 1883.

[2] Bernheim, *Suggestion à l'état de veille* (*Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1883; *Journal de thérapeutique*, 1883; *Société de biologie*, 1884). — *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris, 1884.

[3] Ch. Richet, *De la suggestion sans hypnotisme* (*Société de biologie*, 1884).

[4] Liégeois, *De la suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit*. Paris, 1884.

[5] Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*. Paris, 1886, p. 158.

[6] A. de Rochas, *L'état de crédulité* (*Revue scientifique*, 12 février 1887).

[7] Delbœuf, *La prétendue veille somnambulique* (*Revue philosophique*, 1887).

[8] Forel, *Der Hypnotismus*. Stuttgard, 1889.

[9] Enrico Morselli, *Contributo critico-sperimentale alla fisio-psicologia della suggestione. Sui fenomeni di credulita per suggestione non ipnotica nelle persone sane* (*Rivista di filosofia scientifica*, septembre 1890).

[10] « L'état hypnotique, dit M. Bernheim, est cet état psychique particulier susceptible d'être provoqué et qui augmente à des degrés divers la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude à être influencé par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser. » (*Congrès de l'hypnotisme*, p. 81.)

à cette manière de voir une objection à laquelle il importe de répondre. Tous les hystériques, a-t-on dit, ne sont pas hypnotisables et tous les sujets hypnotisables ne sont pas hystériques; par conséquent la faculté d'être influencé par les manœuvres hypnogènes est indépendante de la névrose hystérique. Ce raisonnement est spécieux, mais il n'est pas sans réplique.

Il est bien certain que *tous les hystériques ne sont pas hypnotisables*. C'est là une remarque qui a déjà été faite par plusieurs observateurs, particulièrement par M. Guinon[1] et par M. Grasset[2]. Nous avons eu nous-même dans le service plusieurs malades, hommes ou femmes, atteints d'accidents hystériques non douteux, que nous avons tenté d'hypnotiser sans pouvoir y réussir. Nous y avons mis quelquefois une patience extrême; nous avons varié les procédés d'hypnotisation, multiplié les essais, prolongé les expériences pendant des heures entières, sans arriver au résultat désiré. Cela n'a rien de surprenant. Il en est, en somme, des aptitudes hypnotiques comme de tous les autres symptômes de la névrose: aucun n'est absolument constant, et parce que certains hystériques ne présentent pas de convulsions ou de troubles de sensibilité, cela ne prouve pas qu'il n'y ait pas des attaques convulsives hystériques et des anesthésies hystériques.

Mais, ajoute-t-on, *tous les sujets hypnotisables ne sont pas hystériques*. Cela est-il bien démontré? Pas du tout. Les observateurs, qui considèrent l'hypnose artificielle comme un phénomène physiologique, invoquent une statistique de M. Liébeault (de Nancy), d'après laquelle, sur cent personnes prises au hasard, quatre-vingt-quinze seraient hypnotisables. Mais, quand on examine les choses de près, on est forcé de reconnaître que cette statistique n'a pas la valeur qu'on veut bien lui prêter: d'une part, parce que l'auteur n'a fait aucune recherche sur les antécédents héréditaires et personnels des sujets soumis à son observation; d'autre part, parce qu'il range dans la catégorie des hypnotisables un bon nombre de sujets qui n'ont éprouvé qu'un léger engourdissement, avec ou sans occlusion des paupières, ce qui ne paraît pas suffisant à tout le monde pour caractériser l'hypnose expérimentale. Cependant, sur cent sujets figurant dans les statistiques de M. Liébault, il y en aurait quinze ou dix-huit qui présenteraient les symptômes du somnambulisme complet. L'hystérie avérée n'a pas ce degré de fréquence. Il semble

[1] G. Guinon, *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Th. doct., Paris, 1889.
[2] Grasset, *Le grand et le petit hypnotisme* (*Revue de l'hypnotisme,* mai et juin 1889).

donc bien qu'il y ait de par le monde plus de sujets hypnotisables que d'hystériques. Il ne faut cependant pas trop se hâter de conclure, car à côté des hystériques dont la maladie se révèle par des symptômes éclatants, il y a les hystériques à manifestations latentes, les prédisposés, les simples névropathes qui doivent fournir un très fort contingent à la clientèle des hypnotiseurs.

Dans une question de ce genre, il faut d'ailleurs s'attacher à l'étude des cas typiques. Or, l'observation nous apprend que les formes les plus caractéristiques du grand hypnotisme se montrent presque exclusivement chez des hystériques avérés. Les sujets sains ou réputés tels ne présentent habituellement pas, quand ils sont hypnotisables, les symptômes précis et bien différenciés qui caractérisent l'hypnose provoquée des hystériques. Tout se borne chez eux, dans la plupart des cas, à un peu d'engourdissement, à une perte complète ou incomplète de la conscience et à l'exagération de la suggestibilité. Sur les hystériques hypnotisables, au contraire, on constate le plus souvent, en outre des phénomènes précédents, la série des symptômes somatiques qui accompagnent les états cataleptiques ou cataleptoïdes, léthargiques ou léthargoïdes.

Les manœuvres hypnogènes ne font, en définitive, que mettre en évidence certaines prédispositions morbides. Elles ne créent rien de toutes pièces; elles se bornent à faire apparaître ou à exagérer divers troubles fonctionnels préexistant au moins en germe[1]. Leurs effets varient avec le degré de susceptibilité névropathique des sujets qui y sont soumis. Chez les personnes tout à fait normales, elles ne produiront rien ou presque rien; chez les hystériques invétérés, elles provoqueront des états hypnotiques francs; chez les sujets porteurs de tares névropathiques légères, elles donneront lieu aux manifestations frustes ou incomplètes de l'hypnose vulgaire.

En somme, et pour les raisons que je viens de vous exposer, on doit, ce me semble, dans l'état actuel de nos connaissances, considérer l'hypnose provoquée comme un état morbide artificiel et temporaire, dont les symptômes, très variables et parfois très complexes, sont identiques à ceux qu'on observe dans les attaques spontanées de sommeil hystérique.

[1] Voyez à ce sujet un très intéressant article de M. Tamburini : *Sulla natura dei fenomeni somatici nell' ipnotismo* (*Rivista sperimentale di psichiatria,* vol. XVI, fasc. I-II, 1890, p. 147).

S'il en fallait une preuve nouvelle, nous la trouverions dans les intéressantes recherches de MM. Gilles de La Tourette et Cathelineau[1] sur *la nutrition dans l'hypnotisme,* recherches qui confirment en les précisant les travaux faits antérieurement sur le même sujet par MM. Strübing[2], Brock[3] et Gürtler[4], et desquelles il résulte que dans le sommeil hypnotique provoqué les urines subissent des modifications chimiques semblables à celles qu'on observe dans le sommeil hystérique spontané. Dans les deux cas le taux du résidu fixe des excreta urinaires est diminué, et le rapport des phosphates terreux et alcalins tend à s'égaliser au lieu de rester, comme à l'état normal, dans la proportion relative de 1 à 3.

Entre l'hypnose provoquée et l'hypnose spontanée il n'y a donc aucune différence de nature. Hypnotiser un sujet, c'est lui donner artificiellement une attaque de sommeil; le réveiller, c'est faire cesser cette attaque par des manœuvres expérimentales.

Or, nous avons vu précédemment que l'*attaque de sommeil* n'est qu'un fragment détaché, ou tout au moins un équivalent clinique de la grande attaque complète et régulière de l'hystérie. Nous sommes donc amenés à conclure que l'hypnose artificielle a la même signification nosographique. Elle est une des manifestations de la diathèse névropathique, un des symptômes hystériques qui peuvent être provoqués ou arrêtés par des excitations expérimentales.

[1] Gilles de La Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hypnotisme* (*Progrès médical,* 26 avril 1890 et 20 décembre 1890).

[2] Strübing, *Archiv für klinische Medicin,* Bd 27.

[3] Brock, *Ueber stoffliche Veränderungen bei der Hypnose* (*Deutsches mediz. Woch.,* 1880, n° 45).

[4] Gürtler, *Ueber Veränderungen im Stoffwechsel unter dem Einfluss der Hypnose,* Inaug. Dissert. Breslau, 1882.

SOIXANTE-TROISIÈME LEÇON

DES MÉFAITS DE L'HYPNOTISME

SOMMAIRE

I. Accidents neurasthéniques et vésaniques provoqués par les hypnotisations inconsidérées. Exemples.
II. Attaques d'hystérie convulsive survenues à la suite de tentatives d'hypnotisation. Exemples.
III. Attaques de délire hystéro-hypnotique consécutives à des expériences de fascination. Exemples.
IV. Exagération de la sensibilité aux manœuvres hypnogènes. Provocation de la suggestibilité à l'état de veille. Inconvénients qui en sont la conséquence.
V. Dangers des séances publiques de magnétisme et d'hypnotisme. Convient-il d'interdire ces séances?

MESSIEURS,

On a beaucoup parlé dans ces derniers temps des dangers de l'hypnotisme. Il en a été longuement question dans la brillante discussion qui a eu lieu, en 1888, devant l'Académie de médecine de Belgique et dans les séances du Congrès de l'hypnotisme tenu à Paris en 1889. Des opinions très tranchées — trop tranchées peut-être — se sont produites. Les uns ont accusé l'hypnotisme de provoquer fréquemment des accidents graves dont il est rarement coupable lorsqu'il est manié par des médecins instruits; les autres ont voulu l'innocenter quand même des méfaits très réels dont il est parfois responsable.

A mon avis, la vérité se trouve entre ces deux extrêmes : les pratiques de l'hypnotisme sont presque toujours inoffensives quand elles sont dirigées par des gens experts et prudents, et appliquées à des sujets qui n'ont pas de tares névropathiques accentuées; dirigées par des personnes inexpérimentées ou appliquées à des sujets doués d'une certaine susceptibilité nerveuse, elles peuvent avoir pour ceux qui s'y soumettent inconsidérément des conséquences fâcheuses dont les exemples qui vont suivre vous feront connaître la nature et la gravité.

I

L'hypnotisation détermine parfois l'apparition de symptômes neurasthéniques plus ou moins bien caractérisés.

Linden rapporte le cas d'un jeune homme de dix-huit ans, magnétisé par Hansen, qui se plaignit, à la suite de l'hypnose, d'une sensation bien marquée de faiblesse, d'une céphalalgie persistante, d'une somnolence invincible. Il se déclara chez lui un affaiblissement avec torpeur intellectuelle qui le força à interrompre ses études. Un séjour à la campagne, le repos complet de l'esprit dissipèrent graduellement, mais lentement, ces divers troubles[1].

M. Guermonprez a connu plusieurs étudiants vraiment distingués qui, après des séances d'hypnotisme, « ont perdu pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs mois, leur aptitude aux travaux de l'esprit. Ils avaient une étrange diminution de la mémoire, une singulière hésitation au moment de se déterminer. » Il est manifeste, ajoute M. Guermonprez, que pour eux les manœuvres hypnotiques auxquelles ils se sont soumis ont déplorablement entravé le progrès de leurs études[2].

A ces phénomènes de fatigue cérébrale s'ajoutent quelquefois de véritables obsessions psychiques. M. Masoin en a rapporté un exemple très net :

« Un ecclésiastique, jeune encore, d'un esprit très vif et très cultivé, professeur dans un de nos grands établissements d'instruction, se laisse magnétiser par un amateur. Pendant la nuit suivante, il est agité de cauchemars; pendant plusieurs jours, il est tourmenté de céphalalgie, il éprouve une grande lassitude corporelle et, d'autre part, l'intelligence se trouve fatiguée au point qu'à chaque instant, il est obligé d'interrompre sa leçon. Il se souvient avec terreur de la séance où il a livré sa volonté à la domination d'un autre; il s'imagine être encore à la merci de son magnétiseur et reconnaît avec douleur son asservissement. Les jours se passent dans cet état de torture morale. Quelques semaines après la séance, croyant que l'amateur de magnétisme devait revenir à l'établissement et se sentant incapable de résister au moindre appel qu'il en recevrait, il s'enferma dans son quartier et jeta la clef par la fenêtre[3]. »

[1] Cité par Boddaert, *Discussion sur les dangers de l'hypnotisme devant l'Académie de médecine de Belgique,* 1888.

[2] Guermonprez, *Discussion sur les dangers de l'hypnotisme devant l'Académie de médecine de Belgique,* 1888, p. 429 des *Comptes rendus.*

[3] Masoin, *Académie de Belgique,* 1888, p. 180.

J'ai vu moi-même un jeune avocat qui, après s'être laissé hypnotiser par Donato, fut obsédé pendant plusieurs semaines par la crainte d'avoir aliéné son libre arbitre. Il se croyait devenu incapable de penser et d'agir librement. Il se sentait dominé par la volonté de celui qui l'avait endormi et se reprochait incessamment la curiosité qui l'avait poussé à se soumettre à l'influence d'une personne étrangère.

En général, ces accidents n'ont pas une très grande gravité; ils se dissipent après quelques jours ou quelques semaines de repos. Mais, dans certains cas, ils peuvent devenir le point de départ de véritables vésanies. Exemples :

M. Hugues Le Roux [1] cite le cas d'un artisan faible d'esprit qui avait assisté à quelques séances de magnétisme. Le malheureux en fut si impressionné qu'il se crut poursuivi par un esprit dont l'influence invisible le poussait au suicide. Il devint complètement fou et se brûla la cervelle.

M. Löwff a donné des soins, dans le service de M. Briand, à Villejuif, à une femme qui est devenue folle après avoir servi pendant quelque temps comme sujet extra-lucide dans un cabinet de consultations somnambuliques. Elle est restée en traitement pendant dix-huit mois et avait encore, à sa sortie de l'asile, un équilibre mental très instable [2].

II

Les pratiques mesmériques avaient très souvent pour effet de déterminer l'explosion de grandes attaques d'hystérie convulsive. Ces attaques surviennent moins fréquemment quand l'hypnose est provoquée par les méthodes de Braid ou de Faria, mais elles se produisent quelquefois, et, ce qu'il y a de plus grave, c'est que, dans un bon nombre de cas, les tentatives ou les expériences d'hypnotisation ont donné lieu à des convulsions hystériques graves chez des sujets qui n'avaient eu antérieurement aucun accident de ce genre. Les auteurs en rapportent de nombreux exemples :

M. Ladame a vu une jeune fille de dix-huit ans, jusque-là bien portante, qui, après avoir assisté à deux séances particulières d'hypnotisme, devint sujette à des crises d'hystérie [3].

[1] Hugues Le Roux, le *Temps*, 1er juin 1887.
[2] *Société médico-psychologique*, séance du 25 février 1889.
[3] Ladame, *L'hypnotisme et la médecine légale*, p. 16.

M. Boddaert, de Gand, a connu deux fillettes de quinze ans environ qui devinrent toutes deux hystériques pour avoir été soumises à des hypnotisations fréquentes[1].

M. Séglas a communiqué à la Société médico-psychologique l'histoire d'une dame de trente-huit ans, nerveuse sans attaques, qui devint sujette à des accès de contracture après s'être livrée aux expériences d'un magnétiseur de foire[2].

Un jeune homme de dix-huit ans, observé par M. Rommelaere, se soumit à des expériences d'hypnotisation dans une représentation publique. A la suite de ces expériences survinrent des convulsions hystériques apoplectiformes qui persistèrent pendant deux années[3].

Une de nos malades a eu sa première attaque d'hystérie à la suite de tentatives d'hypnotisation extra-scientifiques dans les circonstances que je vais vous raconter :

Observation I. — *Hystérie convulsive ayant débuté à la suite de tentatives d'hypnotisation.* — Pauline T..., née à Saint-Girons (Ariège), âgée de dix-huit ans, exerçant la profession de tailleuse, est entrée à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (salle 7, lit 12) le 30 octobre 1884.

Antécédents héréditaires : Le *père* de la malade, âgé de quarante-neuf ans, comptable dans une grande maison de nouveautés de Paris, a toujours joui d'une excellente santé; il n'est pas alcoolique. Sa *mère* est, elle aussi, bien portante; elle n'est pas sujette à des attaques de nerfs. Elle a eu trois enfants : 1° un garçon âgé aujourd'hui de vingt-quatre ans; 2° une fille âgée de vingt-deux ans, jouissant d'une bonne santé, mariée depuis quatre ans et mère de deux enfants vivants et bien portants; 3° notre malade. Les *grands-parents* de Pauline, du côté paternel, n'ont jamais eu d'affections nerveuses. Une *tante de sa mère,* morte récemment à l'âge de soixante-deux ans, était sujette à des crises convulsives violentes et fréquentes, dans lesquelles elle perdait connaissance.

Antécédents personnels : Pauline était en bas âge lorsque ses parents l'emmenèrent avec eux à Paris. Jamais, dans son enfance, elle n'a été sérieusement malade. Pas de fièvres éruptives graves, pas de rhumatismes, pas de chorée. Elle était turbulente, taquine, espiègle. Envoyée à l'école jusqu'à l'âge de douze ans et demi, elle s'y ennuyait beaucoup et fit tout son possible pour que ses parents consentissent à l'en retirer. Dès l'âge de onze ans, elle aimait avec passion la lecture des romans et, malgré les remontrances qu'on lui faisait à ce sujet, elle trouvait mille occasions de satisfaire ce goût.

[1] Cité par Masoin, *Discussion sur les dangers de l'hypnotisme à l'Académie de Belgique,* 1888, p. 25.

[2] Séglas, *Société médico-psychologique,* séance du 29 octobre 1888. — Cette malade a fait le sujet d'une leçon de M. Charcot, publiée par la *Revue de l'hypnotisme,* IV[e] année, 1890, p. 3.

[3] Cité par Masoin, *loc. cit.*, p. 152.

A l'âge de treize ans, ses parents l'envoyèrent chez la tante de sa mère. Celle-ci, comme il a été dit plus haut, avait des attaques de nerfs fréquentes, durant lesquelles elle perdait connaissance. Pauline se trouva souvent témoin de ces attaques et en fut vivement impressionnée. Après trois mois de séjour chez sa tante, elle supplia ses parents de la faire revenir auprès d'eux.

De retour à Paris, elle fut placée comme apprentie tailleuse dans les magasins du Louvre. Elle avait alors quatorze ans et venait d'être réglée pour la première fois. La vie d'atelier lui plaisait beaucoup et lui donnait une liberté excessive dont elle ne tarda pas à abuser. Elle fit, en effet, la connaissance d'un jeune homme de Lyon, commissionnaire en soieries, âgé de trente-deux ans, et, à quatorze ans et demi, elle se livra à lui, uniquement, dit-elle, pour obtenir un costume qu'elle convoitait. Ses relations avec ce premier amant durèrent huit mois. Pendant cette période, elle accordait aussi ses faveurs à un jeune commis des magasins du Louvre.

Quelque temps après, elle fit la rencontre de M. X..., jeune homme riche, orphelin, âgé de dix-huit ans, qui partit avec elle pour Lyon, où ils vécurent ensemble maritalement pendant près d'une année. Puis ils allèrent à Montpellier, à Cette, et enfin ils revinrent à Paris en décembre 1883. Pauline mena pendant tout ce temps une existence tranquille et relativement régulière. Elle aimait beaucoup son amant, et pour rien au monde elle n'aurait consenti à lui être infidèle. Celui-ci subvenait du reste avec générosité à ses besoins et lui procurait tous les plaisirs qu'elle pouvait désirer. Rien à noter au point de vue pathologique durant cette période, si ce n'est une fluxion de poitrine (?) qui retint Pauline au lit pendant près de trois mois, au commencement de 1883.

En arrivant à Paris (décembre 1883), Pauline voulut aller voir ses parents. Ceux-ci ne lui firent pas l'accueil qu'elle attendait. Ils l'accablèrent de reproches au sujet de sa conduite et voulurent exiger d'elle la promesse qu'elle ne reverrait plus M. X... Pauline refusa de faire une pareille promesse et déclara même formellement qu'elle voulait continuer de vivre avec son amant. Son père lui signifia alors qu'il allait la faire interner dans un couvent. Exaspérée par cette menace, elle résolut de se donner la mort. Le soir même elle s'enferma dans sa chambre, après y avoir introduit furtivement une certaine quantité de charbon; elle boucha soigneusement le tuyau de la cheminée avec un drap de lit, ferma aussi hermétiquement que possible les autres issues, écrivit une lettre dans laquelle elle reprochait à ses parents d'être la cause de sa mort, puis elle alluma le charbon disposé en tas devant la cheminée et s'étendit toute habillée sur son lit. Au bout d'un certain temps, l'odeur qui se dégageait de sa chambre se répandit dans la maison : on enfonça la porte et on trouva notre malade sans connaissance, presque complètement asphyxiée.

A la suite de cette aventure, Pauline dut garder le lit pendant huit jours environ, après lesquels elle déclara de nouveau à ses parents qu'elle aimait M. X... et qu'à tout prix elle retournerait avec lui. M. X... était alors à Bordeaux, où il faisait son service militaire. Le 12 janvier 1884, Pauline s'échappa de chez ses parents et vint rejoindre son amant à Bordeaux. A

peine arrivée dans cette ville, elle eut une hémoptysie abondante qui coïncida avec une suppression des règles.

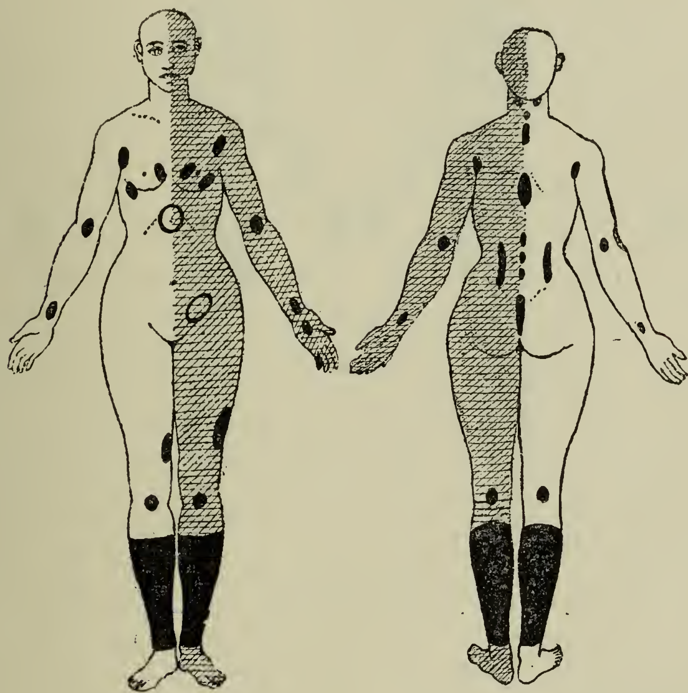
Après sa convalescence, Pauline commença à s'ennuyer. Livrée à elle-même à cause des absences forcées de M. X..., que son service militaire retenait à la caserne, elle fit la connaissance de plusieurs officiers de la garnison et se livra à eux sans scrupule. Autant elle avait eu jusque-là d'affection sincère pour son amant, autant elle en vint, sans savoir pourquoi, à le détester. Elle ne restait avec lui que parce qu'il avait de l'argent, et, pour jouir d'une plus grande liberté, elle n'hésitait pas à prier les officiers qu'elle fréquentait de retenir M. X... à la caserne, soit en lui imposant des corvées, soit en lui infligeant des punitions. C'est en menant cette existence qu'elle contracta une *syphilis* (qui fut heureusement très bénigne) et qu'elle eut sa *première attaque d'hystérie*.

Les circonstances dans lesquelles se développa cette première attaque sont assez curieuses pour que nous les indiquions en détail, d'après les renseignements écrits qui nous ont été obligeamment fournis par M. Joymes, étudiant en médecine, que le hasard rendit témoin oculaire des faits.

Dans la même maison que Pauline habitait un officier qui s'occupait de magnétisme. Il avait essayé déjà plusieurs fois d'endormir notre malade sans y réussir, si bien que celle-ci le plaisantait sur son impuissance. Un jour, au commencement de juillet 1884, cet officier renouvela ses tentatives avec la ferme résolution de ne rien épargner pour arriver à ses fins. Il attira Pauline dans sa chambre, la fit asseoir sur une chaise en face de lui, la regarda fixement et, après avoir exécuté de nombreuses passes magnétiques, il lui prit les poignets et les serra fortement sans cesser de la fixer du regard. Pendant une demi-heure environ il n'obtint aucun résultat. Alors, pour faire, disait-il, mieux pénétrer le fluide, il changea de tactique et commença à imprimer aux membres supérieurs de la jeune fille des secousses brusques et répétées qui ébranlaient tout son corps. Après quelques minutes de ces manœuvres, Pauline chercha à se dégager; puis, sans prononcer une parole, sans pousser un cri, elle glissa de la chaise sur laquelle elle était placée, tomba par terre et fit des efforts pour se rouler sur le sol. Elle a raconté depuis, qu'à ce moment elle aurait voulu crier, mais qu'une boule partie du bas-ventre lui serrait la gorge avec tellement de violence qu'il lui était impossible de pousser le moindre cri. Quoi qu'il en soit, l'officier, pensant qu'elle n'était pas suffisamment endormie, s'efforçait de la maintenir et lui serrait les poignets de plus en plus fort. C'est alors que M. Joymes intervint. « Ce jour-là, dit-il dans la note qu'il a bien voulu me remettre, nous étions trois étudiants réunis chez un de nos camarades habitant la même maison. L'un de nous étant sorti par hasard sur le palier vers cinq heures de l'après-midi, aperçut par une porte entr'ouverte à ce moment Pauline qui se tordait sur le plancher et l'officier qui lui tenait toujours les mains avec force. Il s'approcha et conseilla aux personnes présentes de cesser immédiatement ces manœuvres qui menaçaient de se terminer par une grande attaque convulsive. L'officier suivit ce conseil. Pauline resta alors un instant immobile sur le plancher, puis elle se releva,

se mit à pleurer et, sans rien dire, monta dans sa chambre, accompagnée par la propriétaire de la maison que le bruit avait attirée. Aussitôt arrivée dans sa chambre, Pauline poussa de grands cris, se débattit violemment et tenta même de se jeter par la fenêtre. La propriétaire, ne pouvant la maintenir, appela l'officier, et celui-ci nous pria en passant de venir lui prêter assistance. Nous trouvâmes Pauline étendue par terre, en proie à de violentes convulsions hystériques. Nous essayâmes d'arrêter l'attaque

Fig. 42. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Pauline T...



par la pression des globes oculaires, mais nous ne pûmes y réussir. La pression ovarienne était difficile à cause de la brusquerie et de la violence des convulsions : quand on arrivait à l'exercer pendant quelques instants, il y avait un apaisement momentané de courte durée, suivi d'une reprise violente des convulsions. Dans ces intervalles de calme, la malade semblait se trouver en état de sommeil hypnotique. Ses yeux étaient fermés; elle répondait aux questions qu'on lui adressait. »

Vers onze heures du soir seulement, les crises convulsives cessèrent, et la malade tomba dans un sommeil profond qui se prolongea toute la journée du lendemain. A quatre heures de l'après-midi, le sommeil ne cessant pas, on fit appeler M. Rivière, interne des hôpitaux, qui réveilla la malade par la pression ovarienne.

Après le réveil, Pauline, très fatiguée, n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé depuis le moment où avait commencé la tentative d'hypnotisation. Elle resta abattue, et, pendant les deux ou trois jours suivants, il

Fig. 43. — Zones hypnogènes et hypno-frénatrices de Pauline T...

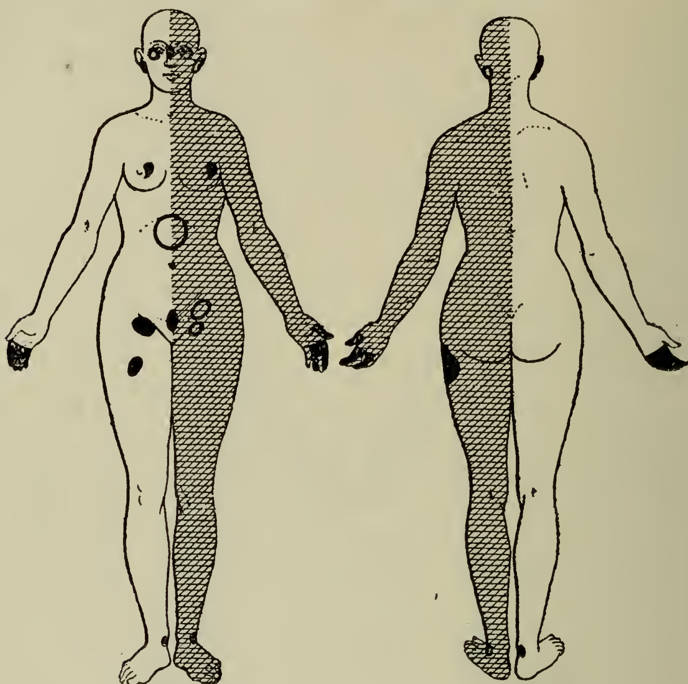
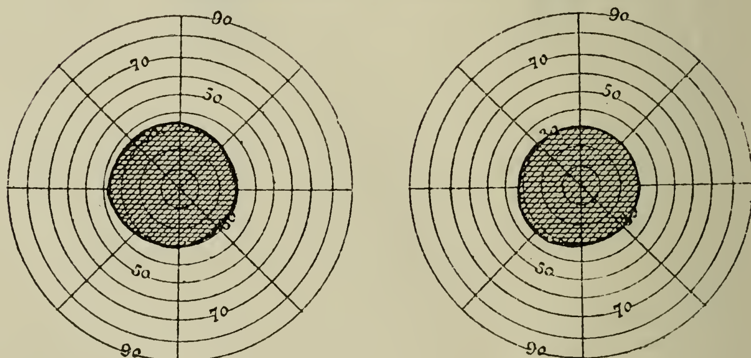


Fig. 44. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Pauline T...



suffisait d'un bruit soudain et imprévu, ou de la vue d'un objet brillant, pour la faire tomber en état de sommeil hypnotique dont on la tirait facilement par l'insufflation brusque sur les yeux.

Au bout de deux ou trois jours, les attaques convulsives reparurent, et, pendant trois semaines consécutives, Pauline en eut en moyenne trois par jour; puis elle resta trois semaines sans avoir de convulsions. Quant aux attaques de sommeil, elles continuaient à se produire plusieurs fois chaque jour, tantôt spontanément, tantôt à l'occasion d'un bruit imprévu ou de la fixation du regard sur un objet quelconque. C'est ainsi qu'une fois, Pauline fut trouvée endormie en face d'une boule de cuivre placée au bas de la rampe de son escalier. Une autre fois, elle s'hypnotisa sans s'en douter, en regardant une grosse mouche qui voltigeait dans sa chambre.

A cette époque, un étudiant en médecine prêta à Pauline des livres relatifs à l'hystérie et à l'hypnotisme. Elle lut avidement ces livres, fut très frappée par les détails des observations qu'ils renfermaient, et fut dès lors obsédée par la pensée qu'elle était malade et peut-être incurable. Les attaques reparurent. C'est alors que, sur les conseils de M. Rivière, Pauline entra à l'hôpital Saint-André. Elle y fut admise une première fois, le 12 août 1884; mais, après deux semaines de traitement, elle voulut retourner chez elle. Ramenée une deuxième fois dans le service vers la fin du mois de septembre, à la suite d'une attaque exceptionnellement violente, elle n'y resta que trois jours. Enfin, en octobre 1884, elle revint une troisième fois à l'hôpital et y fit un séjour assez prolongé (du 30 octobre 1884 au 27 avril 1885) pour qu'on pût prendre son observation régulière.

Pendant tout ce temps, elle était hémianesthésique gauche; elle avait sur différents points du corps des zones spasmogènes *(fig. 42)* et hypnogènes *(fig. 43)*, que nous avons déjà étudiées en détail; elle avait un rétrécissement concentrique très marqué des champs visuels *(fig. 44)*. Elle était très facilement hypnotisable par la fixation du regard, par l'audition d'un bruit monotone, par la pression des zones hypnogènes, par l'injonction pure et simple, et pouvait être placée en état cataleptoïde ou en état léthargoïde.

Elle avait des attaques convulsives très violentes et très fréquentes, précédées des auras classiques et présentant tous les caractères des attaques hystériques vulgaires.

Elle avait, en outre, des attaques de sommeil qui se sont reproduites pendant plus d'un an, et de loin en loin elle eut quelques attaques de délire hystéro-hypnotique.

Il est bien évident qu'avant les tentatives d'hypnotisation qui ont déterminé la première attaque convulsive, Pauline T... était déjà prédisposée à l'hystérie. Mais les prédispositions morbides de son tempérament seraient peut-être restées indéfiniment latentes si l'ébranlement nerveux provoqué par les tentatives d'hypnotisation n'avaient pas occasionné l'explosion des premières convulsions hystériques. Ces tentatives peuvent donc être légitimement considérées, dans ce cas particulier, comme l'*agent provocateur* de l'hystérie convulsive.

III

Les sujets qui se soumettent à des expériences d'hypnotisme peuvent avoir ultérieurement des attaques de somnambulisme spontané ou des attaques de délire hystéro-hypnotique, dans lesquelles les suggestions qu'on leur a données, les scènes qu'on leur a fait jouer pendant qu'ils étaient endormis se représentent à leur esprit avec une intensité plus ou moins grande.

M. Charpignon a bien décrit ce groupe d'accidents dans son ouvrage sur la *Physiologie du magnétisme*. Après avoir démontré que le somnambulisme spontané se développe ordinairement à la suite de la magnétisation directe, il ajoute que c'est là un des inconvénients sérieux des pratiques magnétiques, et il cite à ce propos les observations de deux personnes qui devinrent sujettes, après avoir été magnétisées par des amateurs, à des attaques de somnambulisme spontané. Elles s'endormaient à tout propos, en marchant, en travaillant. L'une put être guérie par suggestion; l'autre fut moins heureuse : elle perdit sa place et finit par se suicider [1].

Des faits analogues ont été observés par d'autres auteurs :

M. Lwoff a rapporté l'observation d'une malade qui eut un accès de délire mélancolique avec excitation et tendance au suicide, survenu à la suite d'une longue séance d'hypnotisme [2].

Un jeune homme de vingt-deux ans, hypnotisé par M. Brémaud, fut atteint d'accès de somnambulisme spontané dans lesquels il répétait les actes qui lui avaient été suggérés par son hypnotiseur durant le sommeil artificiel [3].

Nous avons eu à soigner dans le service, en 1887, un jeune homme qui devint sujet à des accès de délire hystéro-hypnotique après s'être soumis aux expériences de fascination de Donato. Voici le résumé de son observation :

Obs. II. — *Attaques de délire hystéro-hypnotique survenues à la suite d'hypnotisation extra-scientifique.* — Gaston C..., âgé de dix-neuf ans,

[1] Charpignon, *Physiologie du magnétisme*, 1848, p. 297 et suiv.

[2] Lwoff, *Accès de délire mélancolique avec excitation, consécutif à des pratiques d'hypnotisme tentées par un magnétiseur* (*Revue de l'hypnotisme*, avril 1888, p. 293).

[3] Ce fait est rapporté en détail dans l'ouvrage de M. Gilles de La Tourette (*L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. Paris, 1887, p. 314).

employé aux ateliers du chemin de fer du Midi, est entré à l'hôpital Saint-André le 14 juin 1887.

C'est un garçon robuste, d'une intelligence peu développée, ne paraissant

Fig. 45. — Distribution de l'analgésie cutanée chez Gaston C...

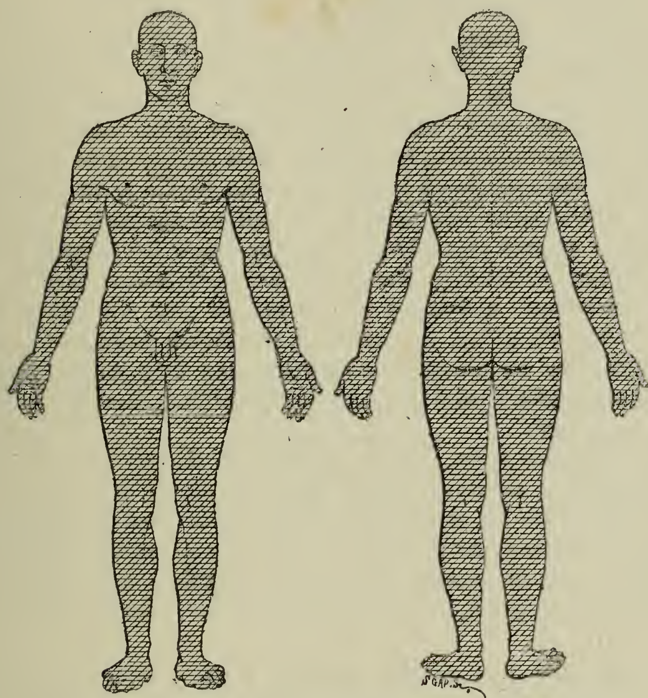
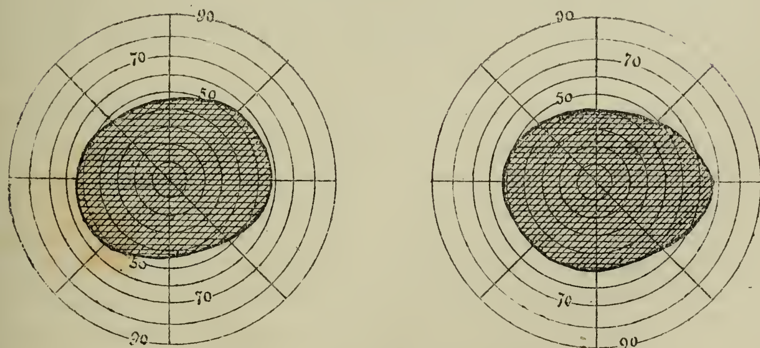


Fig. 46. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Gaston C...



avoir eu dans son enfance aucun accident nerveux. Son père et sa mère sont vivants et bien portants.

Dans le courant du mois de mai, malgré les défenses formelles de ses

parents, il se rendit tous les soirs aux séances de fascination dirigées à l'Alhambra par M. Donato, et se soumit aux expériences du magnétiseur. Celui-ci lui donnait en public des hallucinations variées; il le faisait lutter avec un adversaire imaginaire; il lui faisait sauver un enfant dans un incendie, etc.

Quelques jours après le départ de Donato, Gaston C... commença à avoir des accidents inquiétants. Le 8 juin 1887, à neuf heures du soir, ses yeux devinrent fixes, son corps se raidit et il tomba tout d'une pièce, la face contre le sol; puis, il fut pris d'un accès de délire dans lequel il reproduisait les scènes qu'il avait jouées quelques jours auparavant sur le théâtre. Cet accès dura deux heures. Des accès identiques se reproduisirent les jours suivants. Le jeune homme nous fut amené le 14 juin. Dès son entrée à l'hôpital, nous constatâmes qu'il avait une analgésie étendue à toute la surface de la peau *(fig. 45)* et à presque toutes les muqueuses, que le réflexe pharyngien était aboli, que les champs visuels étaient rétrécis *(fig. 46)*.

Nous constatâmes également que le malade était hypnotisable par la fixation du regard; qu'une fois endormi, il acceptait facilement les suggestions et que, dans ses attaques de délire, il était dans un état hypnotique tout à fait semblable à celui qu'on provoquait artificiellement par la simple fixation du regard.

Ces constatations faites, nous suggérâmes à Gaston C..., après l'avoir endormi, qu'il ne songerait jamais plus aux scènes qu'on lui avait fait jouer à l'Alhambra. La suggestion ne réussit pas aussi complètement que nous l'eussions désiré, car il eut encore plusieurs attaques de délire hystéro-hypnotique. Après chacune d'elles, nous renouvelâmes la suggestion. Finalement, le malade, guéri, quitta l'hôpital dans le courant du mois d'août.

Le mécanisme des accidents dont il vient d'être question est facile à saisir. Il s'agit là d'attaques de sommeil avec reviviscence des suggestions données dans les états hypnotiques antérieurs. Cette reviviscence est un phénomène assez fréquent. M. Liébeault en rapporte plusieurs exemples :

1° Pour guérir un de ses malades d'une sciatique rebelle, M. Liébeault eut l'idée de le faire tressaillir en le surprenant par un mouvement inattendu et brusque, en même temps qu'il lui donnait l'affirmation suggestive de sa guérison prochaine. « Peu après, ajoute M. Liébeault, je rencontrai cet homme dans le service médical de M. Bernheim. Il avait à chaque instant des secousses nerveuses qui ébranlaient tout son corps et qui étaient analogues à celles que, pendant l'état de veille, je lui avais procurées auparavant. Sans doute qu'il se les était affirmées, car il était très hypnotisable. A l'aide d'ingénieuses suggestions, M. Bernheim parvint à le débarrasser de ce tic venu de mes manœuvres perturbatrices. »

2° Ayant un jour suggéré à une de ses somnambules qu'elle allait éprouver une vive douleur au pied gauche, la douleur se produisit comme on pouvait

le prévoir. L'expérience terminée et la suggestion enlevée, la malade retourna chez elle. Mais, dans la journée, la douleur du pied gauche reparut assez intense pour obliger le sujet à se coucher.

3° « Une fois, dit M. Liébeault, je voulus démontrer devant une mère que son fils, que je traitais et qui avait été déjà hypnotisé par moi, était à même, tout éveillé, d'éprouver le contre-coup sur l'organisme d'une suggestion verbale. Aussitôt, par simple affirmation, je le rendis quelque temps muet. La chose démontrée, je le désuggestionnai. Ils repartirent, jabotant ensemble et étonnés du prodige. Mais le lendemain, de grand matin, à ma grande surprise, le jeune homme arriva tout effaré; il s'était habillé à la hâte et avec négligence; je me souviens même qu'il avait mis un bas bleu à une jambe et un rouge à l'autre. C'est qu'à son réveil, il avait voulu parler; mais sa voix était restée figée au fond de son gosier! Qu'on juge de son effroi! Je me hâtai, par suggestion, de lui rendre la parole dans le cours d'un nouveau sommeil provoqué, et je me promis, dans pareil cas, de mieux affirmer désormais l'oubli du phénomène suggéré[1]. »

Il serait facile de trouver dans les auteurs un grand nombre d'autres exemples démontrant que les perturbations apportées dans le fonctionnement du système nerveux pendant l'hypnose artificielle peuvent se reproduire ultérieurement, sans nouvelle provocation expérimentale; mais les faits que je viens de vous rapporter me paraissent assez démonstratifs pour qu'il soit inutile d'en citer d'autres.

IV

Les sujets qui se soumettent ou qu'on soumet à des hypnotisations répétées acquièrent parfois une telle sensibilité à l'action des manœuvres hypnogènes qu'il suffit d'un mot, d'un geste, d'un regard pour les endormir brusquement.

M. Ch. Richet a observé et signalé dès 1880 cet effet de l'éducation hypnotique. Une des femmes qui servaient alors à ses recherches était très peu sensible au magnétisme lorsqu'il commença ses expériences; peu à peu elle devint si facilement hypnotisable qu'il l'endormait par le simple contact du front ou de la main. Elle en arriva même à tomber en état de sommeil hypnotique quand M. Richet approchait de son lit ou simplement quand il entrait dans la salle[2].

[1] Liébeault, *Confession d'un médecin hypnotiseur* (*Revue de l'hypnotisme*, Ire année, p. 110 et 145).

[2] Ch. Richet, *L'homme et l'intelligence*. Paris, 1884, p. 223.

Les sujets qui ont acquis une grande sensibilité hypnotique ne tardent pas à en éprouver de sérieux inconvénients. Les uns s'endorment à tout propos, en regardant le feu, en allumant une bougie, en lisant, etc. Les autres deviennent les jouets des personnes de leur entourage, qui s'amusent à les hypnotiser et à leur donner des suggestions ridicules.

Le jeune homme que je vous présente a été pendant quelque temps victime de mauvaises plaisanteries de ce genre. Son histoire peut être résumée en quelques mots :

Obs. III. — *Sensibilité excessive aux manœuvres hypnogènes. Inconvénients graves résultant de la provocation facile du sommeil hypnotique.* — Eugène R..., âgé de vingt ans, exerce la profession de commis dans un magasin de nouveautés. Né d'un père original et d'une mère hystérique, il a eu dans son enfance plusieurs congestions pulmonaires et des saignements de nez très fréquents.

Quand il eut atteint sa treizième année, ses parents le placèrent en apprentissage dans une usine de métallurgie. L'enfant devint alors sujet à des attaques de sommeil spontané. Il s'endormait devant ses outils. Un jour, ce sommeil fut cause d'un accident grave : Eugène eut, pendant qu'il dormait, le médius droit sectionné par une des machines de l'atelier. Il ne s'aperçut de cette mutilation qu'après qu'on l'eût réveillé. On le plaça alors dans un magasin de nouveautés.

De quatorze à dix-neuf ans, santé parfaite. Il y a six mois, Eugène se laissa endormir par deux de ses amis qui s'occupaient d'hypnotisme. Les séances ont été fréquentes; en très peu de temps, Eugène est devenu un excellent sujet. Mais il est devenu aussi très facilement hypnotisable, si bien que ses camarades du magasin se sont mis à l'endormir et à lui donner toutes sortes de suggestions ridicules. Ils l'envoyaient crier : « Vive la République! » aux oreilles de son patron, réactionnaire endurci, ou bien ils lui faisaient tenir des propos grivois aux commises du magasin, etc. A la suite de ces enfantillages de mauvais goût, le pauvre garçon perdit sa place. Les parents, informés de ce qui se passait, eurent le bon esprit de consulter un praticien très distingué de notre ville, M. le Dr Garat, qui réussit heureusement à y mettre bon ordre en endormant le jeune homme et en lui suggérant qu'il ne pourrait plus être endormi par ses camarades.

Enfin, il peut arriver que les hypnotisations répétées développent à un haut degré la suggestibilité à l'état de veille. C'est ainsi qu'un des somnambules de M. Liébeault était devenu si sensible aux suggestions que, *même à l'état de veille,* il suffisait de lui dire avec l'air de la conviction une chose fausse pour qu'il y crût. On l'hallucinait et on lui faisait exécuter ainsi tout ce qu'on voulait. Ses compagnons d'atelier s'en aperçurent et en abusèrent. M. Lié-

beault dut obvier à cet inconvénient en lui suggérant, dans le sommeil hypnotique, qu'il ne pourrait plus être suggestionné par des personnes étrangères[1].

V

Il ressort clairement de l'ensemble des faits dont vous venez d'entendre l'exposé que quand on endort inconsidérément des personnes prédisposées aux manifestations névropathiques, on s'expose à exagérer les tendances morbides dont ces personnes portent le germe et à déterminer l'explosion de symptômes neurasthéniques, hystériques ou vésaniques d'une réelle gravité. L'hypnose provoquée est certainement un agent perturbateur du système nerveux. Aussi doit-on considérer comme dangereuses pour la santé publique les représentations de magnétisme, d'hypnotisme ou de fascination que donnent de temps en temps, sur les théâtres des grandes villes, des personnes n'ayant aucune instruction médicale.

Le spectacle par lui-même est toujours réglé à peu près de la même façon, et ce qu'on y voit paraît assez inoffensif. L'impresario fait annoncer à l'avance son arrivée dans la ville; les journaux vantent, à tant la ligne, ses talents et ses mérites; sa photographie s'étale dans les vitrines des magasins, à côté de celles des hommes d'État et des actrices célèbres. Le jour de la représentation arrivé, la salle s'emplit de curieux. Quelques amateurs et quelques compères, disséminés çà et là, racontent à haute voix les succès merveilleux du professeur de sciences occultes. La toile se lève enfin, et le Maître paraît! Il est correctement vêtu d'un habit noir, comme il convient à un homme du monde : rien dans les mains, rien dans les poches. Il salue modestement l'assemblée et fait un petit discours dans lequel il raconte que l'hypnotisme est une science dont il a découvert tous les secrets. Puis il invite quelques personnes à monter sur la scène. Les *sujets* dispersés dans la salle se précipitent; quelques naïfs les suivent, et les expériences commencent : 1er acte, fascination; 2e acte, anesthésie, catalepsie; 3e acte, hallucinations provoquées; 4e acte, suggestions d'actes; 5e acte, scènes d'ensemble. Le public, anxieux, voit se dérouler

[1] Liébeault, *Confession d'un médecin hypnotiseur* (*Revue de l'hypnotisme,* Ire année, p. 145).

devant ses yeux tout un monde de phénomènes étranges; il est émerveillé, et l'hypnotiseur passe à la caisse compter la recette après avoir annoncé qu'il fera le lendemain des expériences plus remarquables que celles de la veille.

Voilà ce qu'on voit dans les représentations publiques d'hypnotisme et cela paraît assez inoffensif[1]. Ce qu'on ne voit pas ou, pour mieux dire, ce que les médecins seuls peuvent voir, c'est que les sujets qui ont amusé le public par leurs attitudes burlesques dans l'exécution des suggestions, sont de pauvres névropathes dont les expériences de ce genre ont exagéré les prédispositions maladives; c'est que des amateurs sans moralité ont appris les procédés d'hypnotisation dont ils vont se servir par la suite pour endormir leurs amis, leurs parents, leurs maîtresses, sans tenir compte, sans même se douter du mal qu'ils leur font. Aussi les médecins les plus autorisés demandent-ils avec instance aux pouvoirs publics d'interdire les séances publiques de fascination et d'hypnotisme.

M. Charcot raconte qu'en 1887 un magnétiseur de profession donna sur le théâtre de Chaumont-en-Bassigny, petite ville de la Champagne, des séances de fascination qui émurent profondément la population, l'affolèrent et déterminèrent par-ci par-là quelques accidents nerveux plus ou moins sérieux, en particulier l'apparition d'une sorte de *manie hypnotique active* qui pénétra jusque dans le collège de la ville. Plusieurs élèves s'amusèrent à se magnétiser entre eux. Le jeune Bla..., âgé de douze ans, fut ainsi hypnotisé plusieurs fois par ses camarades. Quand il était endormi on lui suggérait des actes absurdes, comme de se promener tout nu sur les places publiques, ou d'aller acheter un cheval chez un marchand de nouveautés. Mais, au bout de quinze jours, l'enfant qui avait joui jusque-là d'une bonne santé, fut pris d'attaques d'hystérie violentes pour lesquelles on fut obligé de le mener à Paris et de lui faire subir, à la Salpêtrière, un traitement régulier[2].

« Ce n'est pas la première fois, dit ailleurs M. Charcot, que l'on

[1] Il arrive pourtant quelquefois des accidents regrettables. Dans une séance publique un magnétiseur de profession nommé Milo de Meyer, ayant suggéré à un sujet hypnotisé de voler une montre, ce sujet s'approcha de son propre frère pour exécuter la suggestion; mais ce dernier, ayant voulu s'opposer à l'exécution de cet acte, le sujet le blessa grièvement d'un coup porté à la tête, prit la montre et tomba lui-même dans une violente attaque de nerfs. (Ce fait est rapporté dans la *Revue de l'hypnotisme,* t. IV, 1890, p. 253, d'après un article de la *Saint-James Gazette* de Londres).

[2] Charcot, *Revue de l'hypnotisme,* t. I[er], p. 326, 1[er] mai 1887.

voit des enfants *jouant à l'hypnotisme* produire sur eux-mêmes ou sur leurs camarades des accidents plus ou moins graves. Ainsi, à Breslau, lors du passage du fameux Hansen, un enfant hypnotisé par un de ses camarades a été pris d'attaques de contracture qui durèrent plusieurs heures et qui se renouvelèrent par la suite. Un cas du même genre est cité par M. Mercati dans les *Archives italiennes de psychiatrie.* » Et il ajoute : « Ces faits, ces considérations rendent évidente la nécessité d'une réglemention des pratiques de l'hypnotisme, et il y a lieu de s'étonner qu'elles n'aient pas encore paru assez convaincantes pour faire adopter en France les sages mesures restrictives prises depuis longtemps dans la plupart des autres pays d'Europe, à l'égard des représentations publiques des magnétiseurs [1]. »

Ces opinions sont partagées par la grande majorité des médecins [2]. M. Ladame a exprimé le sentiment à peu près unanime du corps médical quand il a dit : « La pratique de l'hypnotisme appartient complètement à l'art de la médecine et doit être soumise aux lois et règlements qui s'appliquent à l'exercice de cet art [3]. »

Après une longue discussion, l'Académie de médecine de Belgique a voté, à l'unanimité moins deux voix, la proposition suivante présentée par M. Rommelaere :

L'Académie royale de médecine de Belgique,

Considérant les inconvénients et les dangers de la pratique vulgarisée de l'hypnotisme,

Estime qu'il y a lieu de solliciter de la législation des dispositions tendant à :

1° Interdire les représentations publiques d'hypnotisme;

2° Prévenir et réprimer les abus qui peuvent résulter de la pratique de l'hypnotisme.

Le Congrès international de l'hypnotisme, réuni à Paris en 1889, a voté à l'unanimité, moins une voix, des conclusions analogues :

Le Congrès de l'hypnotisme,

Vu les dangers des représentations publiques de magnétisme et d'hypnotisme;

Considérant que l'emploi de l'hypnotisme comme agent thérapeutique

[1] Charcot, *Accidents hystériques graves survenus chez une femme à la suite d'hypnotisations pratiquées par un magnétiseur dans une baraque de fêtes* (*Revue de l'hypnotisme,* IV[e] année, 1890, p. 11).

[2] Elles ont été combattues avec une extrême vivacité par M. Delbœuf dans deux brochures très répandues ayant pour titres : *L'hypnotisme et les représentations; lettres à M. le Professeur Thiriar, représentant* (in-8°, 111 p., Liège, Desser, 1888) et *Magnétiseurs et médecins* (in-8°, 116 p., Paris, Alcan, 1890).

[3] Ladame, *L'hypnotisme et la médecine légale,* p. 19.

rentre dans le domaine de la science médicale et que l'enseignement officiel de ses applications est du ressort de la psychiâtrie;

Émet les vœux suivants :

1° Les séances publiques d'hypnotisme et de magnétisme doivent être interdites par les autorités administratives, au nom de l'hygiène publique et de la police sanitaire;

2° La pratique de l'hypnotisme comme moyen curatif doit être soumise aux lois et aux règlements qui régissent l'exercice de la médecine;

3° Il est désirable que l'étude de l'hypnotisme et de ses applications soit introduite dans l'enseignement des sciences médicales.

En fait, les séances publiques d'hypnotisme sont déjà interdites en Danemark, en Prusse, dans plusieurs villes d'Autriche, d'Italie, de Suisse, de Belgique et de France. Il faut remarquer, à ce propos, que la promulgation de lois nouvelles n'est nullement nécessaire pour empêcher les magnétiseurs de poursuivre le cours de leurs exploits. Dans presque tous les pays d'Europe les règlements de police municipale donnent aux maires la mission de surveiller les représentations publiques qui ont lieu sur le territoire de leurs communes, et le droit d'interdire celles qui leur paraissent dangereuses ou immorales. C'est là une garantie très suffisante. D'ailleurs les affolements qui se sont produits il y a quelques années deviendront de plus en plus rares à mesure que l'hypnotisme, mieux connu, sera considéré par tout le monde comme un état pathologique n'ayant rien de merveilleux ni dans sa nature ni dans ses manifestations.

SOIXANTE-QUATRIÈME LEÇON

DES CONSULTATIONS SOMNAMBULIQUES

SOMMAIRE

I. Origine des erreurs populaires relatives aux merveilles du somnambulisme provoqué.
II. Explication naturelle des prétendus phénomènes de *lucidité*, d'*intuition*, de *prévision intérieure et extérieure*, d'*instinct des remèdes* observés chez les somnambules.
III. Comment se font les consultations somnambuliques.
IV. Méfaits des somnambules : 1° prescriptions de remèdes dangereux ; 2° conséquences de prédictions inconsidérées ; 3° dénonciations mensongères. Conclusions.

MESSIEURS,

Dans son excellent ouvrage sur l'*hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*[1], M. Gilles de La Tourette a réuni des documents fort intéressants sur l'exploitation industrielle de l'hypnotisme, telle qu'elle se pratique dans les cabinets de consultations somnambuliques. Il a montré, avec pièces à l'appui, comment se fondent et se transmettent ces cabinets; comment ils acquièrent par la réclame, sous l'œil indifférent des pouvoirs publics, une clientèle appartenant en majeure partie aux classes inférieures de la société, mais se recrutant aussi parmi les personnes d'une condition sociale et d'une culture intellectuelle relativement élevées, car la crédulité est une maladie innée de l'esprit humain, dont l'instruction classique ne détruit malheureusement pas tous les germes.

Sans revenir sur les détails qu'a parfaitement étudiés M. Gilles de La Tourette, je voudrais vous indiquer aujourd'hui les origines des erreurs populaires sur lesquelles repose le succès des consultations somnambuliques et vous faire connaître les principaux dangers que ces consultations font courir à la santé publique.

[1] Gilles de La Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*. Paris, 1887.

I

Les magnétiseurs ont toujours eu la prétention de traiter et de guérir les malades.

Mesmer proclamait hautement, avec l'assurance d'un charlatan émérite, la puissance curative du fluide magnétique. Il le donnait comme une panacée universelle capable de guérir tous les maux qui peuvent atteindre le genre humain.

« En communiquant ma méthode, dit-il dans ses célèbres propositions, je démontrerai, par une théorie nouvelle des maladies, l'utilité universelle du principe que je leur oppose.

» Avec cette connaissance, le médecin jugera sûrement l'origine, la nature et les progrès des maladies même les plus compliquées; il en empêchera l'accroissement et parviendra à leur guérison, sans jamais exposer le malade à des effets dangereux ou à des suites fâcheuses, quels que soient l'âge, le tempérament et le sexe. Les femmes, même dans l'état de grossesse et lors des accouchements, jouiront du même avantage.

» Cette doctrine, enfin, mettra le médecin en état de bien juger du degré de santé de chaque individu et de le préserver des maladies auxquelles il pourrait être exposé. L'art de guérir parviendra ainsi à sa dernière perfection [1]. »

Séduits par ces affirmations catégoriques, les malades affluèrent nombreux autour du *baquet magnétique*. Quelques névropathes y trouvèrent sans doute la guérison désirée et attendue; mais, d'une façon générale, la méthode ne tint pas les promesses de son inventeur, et le fameux fluide, dont l'existence n'a jamais été démontrée ni par Mesmer ni par aucun de ses adeptes, allait être oublié, quand le marquis de Puységur révéla les prodiges du somnambulisme magnétique.

Du coup, il éleva le magnétisme à la hauteur d'une science occulte; il le plaça sur le même rang que la magie et la sorcellerie, et lui acquit la clientèle de tous les fanatiques du merveilleux.

Il avait cru reconnaître que certains sujets acquéraient, dans l'état de sommeil somnambulique, des facultés extraordinaires, qu'ils devenaient *lucides,* qu'ils voyaient les organes renfermés dans leur propre corps ou dans celui des personnes sur lesquelles on dirigeait leur attention, et que, sans avoir appris la médecine,

[1] Ce sont là les 25e, 26e et 27e propositions de Mesmer.

ils étaient capables de reconnaître les lésions dont ces organes étaient atteints et d'indiquer les remèdes les plus aptes à les guérir. Des disciples nombreux et pleins d'enthousiasme répandirent de tous côtés les doctrines nouvelles. Les médecins qui protestaient contre leur absurdité étaient taxés d'ignorance ou de jalousie.

C'est de cette époque que datent les ouvrages de Deleuze, Dupotet, Teste, Lafontaine, etc. Tous parlent longuement de la *lucidité*, de l'*intuition*, de la *prévision*, de l'*instinct des remèdes*, qu'on observe chez les sujets en état de somnambulisme magnétique. Je prends au hasard quelques-unes de leurs descriptions :

« On n'imaginerait jamais, s'écrie Teste, avec quel tact, quelle justesse et quelle précision, les somnambules se rendent compte de ce qui se passe en eux! Ils assistent littéralement à l'accomplissement de toutes leurs fonctions organiques; ils y découvrent le plus imperceptible désordre, la plus fugitive altération. Il n'est pas d'affections si légères ou si latentes, de celles-là mêmes qui, dans les premiers temps de leur existence, non seulement ne donnent lieu à aucun symptôme extérieur, mais encore ne se trahissent par aucune espèce de souffrance interne; il n'est pas d'affection, dis-je, qui échappe à l'investigation du somnambule. Puis, de tout cela, il se fait une idée nette, rigoureuse, mathématique. Il dirait, par exemple, combien il y a de cuillerées de sang dans son cœur; il sait jusqu'à un gramme près ce qu'il lui faudrait de pain pour satisfaire son appétit du moment, combien il lui faudrait de gouttes d'eau pour apaiser sa soif, et toutes ses évaluations sont d'une incompréhensible exactitude. Le temps, l'espace, les forces de toute nature, la résistance et la pesanteur des objets, sa pensée, ou plutôt son instinct, mesure, calcule, apprécie toutes ces choses en un clin d'œil. Une femme en somnambulisme a la conscience de sa grossesse dès la première heure de la conception; celle-ci sent si elle est ou non en disposition de concevoir; enfin, elle ne sera pas enceinte de huit jours qu'elle désignera sans se tromper le sexe de son enfant [1]... »

« Non seulement, ajoute le même auteur, les somnambules lucides ont conscience de leur état physiologique ou pathologique actuel, mais encore ils annoncent par une sorte de prescience qui n'appartient qu'à eux toutes les modifications destinées à survenir dans leur organisme. Est-ce de leur part un calcul, un travail de déduction au moyen duquel ils déterminent, d'après ce qui existe, ce qui n'existe pas encore? C'est ce que personne ne pourrait dire; mais, ce qu'il y a de très sûr, c'est que les exemples de prévision intérieure, c'est-à-dire portant sur des éventualités relatives à soi-même, sont excessivement multipliés. Il n'est pas d'auteur qui n'en cite un grand nombre [2]. »

[1] Alph. Teste, *Manuel pratique de magnétisme animal*. Paris, 1853, 4e édit., p. 110.
[2] Alph. Teste, *loc. cit.*, p. 112.

Dans une lettre adressée à l'Académie de médecine, le Dr Foissac se porte garant de la réalité de la lucidité médicale des somnambules :

« En posant successivement la main sur la tête, la poitrine et l'abdomen d'un inconnu, mes somnambules en découvrent aussitôt les maladies, les douleurs et les altérations diverses qu'elles occasionnent; ils indiquent, en outre, si la cure est possible, facile ou éloignée, et quels moyens doivent être employés pour atteindre ce résultat par la voie la plus prompte et la plus sûre. Dans cet examen, ils ne s'écartent jamais des principes avoués de la saine médecine, et leurs inspirations tiennent du génie qui animait Hippocrate... Quoique ce soit promettre beaucoup, je n'hésite pas à le faire. Il n'est point de maladie aiguë ou chronique, simple ou compliquée, je n'en excepte aucune de celles qui ont leur siège dans les trois cavités splanchniques, que les somnambules ne puissent découvrir et traiter convenablement [1]... »

Deleuze est tout aussi affirmatif :

« Il est infiniment rare qu'un somnambule s'ordonne un remède qui lui serait nuisible et même qu'il se trompe sur les doses...

» Si votre somnambule se prescrit un remède qui vous paraisse contraire à son état, vous lui ferez vos objections, vous l'engagerez à examiner successivement et avec la plus grande attention l'état de ses organes et à vous en rendre compte; vous lui demanderez de vous expliquer les motifs qui l'ont déterminé à choisir tel ou tel remède et de vous décrire avec précision les effets qu'il en attend. Vous lui présenterez le remède, vous le lui ferez toucher et goûter; vous lui demanderez de vous indiquer la dose non seulement par le nom d'une mesure ou d'un poids, mais en vous montrant la quantité dont il veut faire usage. Si après toutes ces précautions il persiste, vous pouvez vous en rapporter à lui [2]...»

Le marquis de Puységur n'était pas moins confiant dans la sûreté des indications thérapeutiques fournies par ses somnambules :

« Quelque éloignée, dit-il, que soit l'ordonnance d'un somnambule des idées que l'on peut avoir prises en médecine, sa sensation est plus sûre que toutes les données résultant de l'observation. La nature s'exprime, pour ainsi dire, par sa bouche. C'est un instinct lucide qui lui dicte ses demandes; n'y point obéir à la lettre serait manquer le but qu'on se propose, qui est de guérir [3]. »

Telles sont les idées qui ont été vulgarisées par le marquis de Puységur et ses disciples, et qui attirent encore les ignorants ou les badauds dans les cabinets de consultations somnambuliques.

[1] Foissac, *Mémoire sur le magnétisme animal,* 1825.
[2] Deleuze, *Instruction pratique sur le magnétisme animal.* Paris, 1825, p. 121 et 122, 127.
[3] De Puységur, *Magnétisme animal.* Paris, 1820.

II

Ces idées absurdes reposent cependant sur un fond de vérité. Elles sont le résultat de l'interprétation erronée de faits réels dont il est très facile de comprendre aujourd'hui la véritable signification et dont vous saisirez le mécanisme en vous rappelant les principaux phénomènes psychiques de l'hypnose expérimentale.

1° La *double-vue magnétique*, ou, pour parler plus exactement, les faits qui ont donné lieu à l'illusion de la lucidité des somnambules, s'expliquent aisément par le phénomène de l'hallucination suggérée. Dites à une personne placée dans l'état de sommeil somnambulique qu'elle est dans un jardin, et elle se représentera aussitôt, avec les ressources de son imagination, non pas un jardin abstrait, mais l'image nettement objectivée d'un jardin déterminé dont elle pourra décrire toutes les particularités : ici une allée sablée, là un parterre de fleurs; à droite un rosier, à gauche un poirier, etc. Vous pouvez lui demander les détails les plus minutieux, elle répondra sans hésitation à vos questions. Elle vous dira si les roses sont rouges ou blanches, si les poires sont vertes ou mûres. Elle voit son hallucination et la décrit très sincèrement, telle qu'elle la voit.

Dans cette expérience, il n'y a pas d'erreur d'interprétation possible parce que l'observateur constate directement l'irréalité des descriptions faites par le sujet halluciné. Mais si vous dites à votre somnambule qu'il est transporté dans une rue d'Alger ou de Pékin, il va voir, avec la vivacité de contours d'une représentation sensorielle hallucinatoire, une ville d'Afrique ou de Chine, non pas telle qu'elle est réellement, mais telle que les souvenirs de ses connaissances antérieurement acquises lui en fourniront l'image. Pour peu qu'il ait quelques notions des mœurs de l'Orient, il vous dira comment sont vêtus les gens qui traversent la rue, s'ils sont gais ou tristes, s'il y a dans cette rue une pagode ou une mosquée, comme il décrivait tout à l'heure les moindres particularités du jardin imaginaire qu'il croyait avoir sous les yeux. Mais quand un somnambule parle d'objets lointains, le contrôle immédiat fait nécessairement défaut, et l'observateur non prévenu peut supposer que son sujet voit effectivement ce qu'il décrit. De là, la croyance à la double-vue magnétique.

2° Ce que les magnétiseurs appellent l'*intuition,* c'est-à-dire la faculté qu'auraient les somnambules de voir leurs organes internes et d'en discerner les lésions, rentre également dans la série des phénomènes d'hallucinations suggérées. Quand vous dites à un somnambule de regarder son estomac, il se représente aussitôt un estomac sain ou malade, selon qu'il se figure être bien ou mal portant, et il décrit cet estomac non pas tel qu'il est en réalité, mais tel qu'il s'imagine qu'il doit être ou plutôt tel que l'hallucination provoquée lui en offre l'image.

3° La *prévision intérieure,* c'est-à-dire la faculté qu'auraient les somnambules de prévoir les crises qui doivent se produire dans leurs maladies, est un phénomène plus complexe. Dans quelques cas, il tient purement et simplement à ce que les hystériques éprouvent souvent, longtemps avant l'explosion des accidents qui les menacent, des malaises prémonitoires auxquels ils ne se trompent guère. Mais, dans d'autres cas, la prévision intérieure est le résultat de suggestions inconscientes. Si vous dites à une personne en état de sommeil hypnotique : « Demain, à telle heure, vous aurez des convulsions ou des vomissements. » Le lendemain, à l'heure indiquée, elle a des convulsions ou des vomissements. Si, au lieu de lui intimer l'ordre d'avoir ces accidents à un moment déterminé, vous lui demandez : « Quand aurez-vous une attaque convulsive? » et si elle vous répond : « Demain, à midi, » le résultat sera le même. Les convulsions auront lieu non pas parce qu'elles devaient se produire, mais parce que l'annonce de leur explosion les a provoquées par une véritable auto-suggestion [1].

Il en est de même pour les guérisons dont les somnambules fixent parfois à l'avance la date et les conditions avec une précision qui serait incompréhensible si la cure n'était la conséquence directe de la prédiction. En voici un exemple :

Le Dr Constans raconte qu'une des convulsionnaires de Morzines,

[1] Cette explication naturelle des phénomènes de prévision a été fournie par le Dr Bertrand et acceptée par M. Beaunis.

« Il pourrait bien se faire, dit le premier de ces observateurs, que des accès prédits par les somnambules n'eussent pas été annoncés pour certaines heures, parce qu'ils devaient avoir lieu en effet à ces heures, mais qu'ils n'eussent lieu, au contraire, aux moments indiqués que parce que les somnambules l'avaient ainsi annoncé. »

« Il peut arriver, dit le second, que des somnambules atteintes de maladies, et spécialement d'affections nerveuses, annoncent l'heure et le jour de leurs accès, disent si elles guériront ou non et prévoient la date de leur guérison ; mais il est très possible qu'il n'y ait là qu'une affaire d'auto-suggestion. »

la nommée Victoire V..., âgée de vingt ans, fut prise d'une paralysie des membres. Son père se décida à la conduire à Genève. Pour lui faire exécuter ce voyage, il fallut l'habiller comme un enfant et la porter en la soutenant sous les bras. Mais, avant le départ, elle avait annoncé qu'elle guérirait en arrivant dans la commune de Montriond. Les choses se passèrent comme elle l'avait prédit. En franchissant le pont qui débouche sur cette commune, elle se mit à marcher seule et fit, sans être aidée, trente-deux kilomètres [1].

Il est évident que cette jeune fille avait une paralysie hystérique dont elle a guéri brusquement par auto-suggestion.

4° Les phénomènes qui ont fait croire aux facultés d'*intuition* et de *prévision extérieures* des somnambules sont passibles des mêmes explications que les précédents. Un sujet hypnotisé se représentera tout aussi facilement l'image de l'estomac d'une autre personne que celle de son propre estomac, et, une fois l'hallucination produite, il en décrira avec une imperturbable assurance la forme, la couleur et les lésions. Il prédira également les crises qu'il supposera devoir se produire dans les maladies des personnes qui le consultent, et, si ces personnes sont suffisamment suggestibles, la prédiction se réalisera. M. Constans a très bien reconnu cette série de phénomènes dans l'épidémie de Morzine. Les convulsionnaires annonçaient souvent que telles ou telles personnes auraient la maladie tel jour, et quelquefois les choses se passaient comme elles l'avaient annoncé, au grand étonnement des gens du pays qui ne manquaient pas d'attribuer à ces *prophéties* une origine surnaturelle. « Cependant, ajoute très justement M. Constans, ce n'était pas la clairvoyance des malades qu'il aurait fallu admirer, mais le peu de résistance morale de ceux qui en étaient l'objet qu'il fallait déplorer. La prétendue prédiction, loin d'être, si l'on peut ainsi dire, un reflet anticipé du fait futur, donnait elle-même naissance au fait en augmentant les inquiétudes, les terreurs qui existaient déjà [2]. » Elle agissait par suggestion.

5° C'est par un mécanisme identique que les médicaments ordonnés par les somnambules ont produit quelquefois des guérisons inespérées, ce qui a fait croire aux magnétiseurs que les sujets placés en état de sommeil somnambulique acquéraient une lucidité particulière en matière de thérapeutique, un véritable *instinct des remèdes*.

[1] Constans, *Relation d'une épidémie d'hystéro-démonopathie*. Paris, 1862, p. 59.
[2] Constans, *op. cit.*, p. 91.

Les hystériques suggestibles auxquels les somnambules conseillent l'emploi de tisane de bouillon blanc ou de suc de cresson, sont parfois débarrassés de leurs maux après avoir religieusement exécuté ces prescriptions grotesques, comme d'autres malades du même genre guérissent brusquement après avoir pris des pilules de *mica panis* ou de l'eau de Lourdes. Ce n'est pas le remède qui opère ces cures, c'est la confiance que le malade a en lui. Le médicament n'est, dans ces cas, que le substratum de la suggestion.

III.

Il vous sera facile de comprendre maintenant ce qui se passe dans les consultations somnambuliques.

Supposons un sujet sincère et réellement endormi, répondant sans intermédiaire aux questions qui lui sont directement posées par son client. Dans ces conditions, le sujet se laissera guider sans résistance par l'interrogatoire auquel il sera soumis. Il verra, au gré du consultant, des poumons sains ou malades, des intestins enflammés ou ulcérés, des cœurs atteints de lésions curables ou incurables. Sollicité de conseiller un traitement, il indiquera quelque remède de bonne femme à lui connu, et tout sera dit.

Mais les choses ne sont habituellement pas aussi simples. Les somnambules se perfectionnent par l'éducation. Ils conservent dans l'état de sommeil le souvenir des ruses dont ils ont étudié l'action pendant l'état de veille. Ils s'habituent à tâter le client, à répondre évasivement à ses premières questions. Ils ne disent que ce qu'ils veulent, modifient leur langage d'après le degré de naïveté de leur interlocuteur et se tiennent toujours en garde contre les affirmations trop catégoriques ou trop compromettantes.

Ils sont d'ailleurs aidés le plus souvent, dans cette partie de leur tâche, par leurs endormeurs. Ceux-ci connaissent tous les *trucs* du métier. Ce sont parfois des forbans de la médecine qui consentent à couvrir de leur responsabilité les faits et gestes des somnambules dont ils signent les ordonnances. Avant la consultation, ils font causer habilement le client, s'enquièrent de ses inquiétudes, lui *tirent les vers du nez,* et quand leur sujet est endormi, ils dirigent son interrogatoire de façon à lui faire dévoiler les *secrets* du consultant et à donner satisfaction à ses angoisses. Tout est disposé pour exploiter les naïfs, pour tirer profit de la bêtise humaine. Les

révélations faites par M. Gilles de La Tourette ne laissent aucun doute à cet égard : tout cabinet de consultations somnambuliques est une agence d'escroquerie.

IV

Le moment est venu de vous parler des accidents que peuvent causer les consultations somnambuliques. Ils sont de plusieurs ordres :

1° Les remèdes qu'ordonnent les somnambules sont habituellement des infusions de plantes anodines, des cataplasmes ou des topiques inoffensifs. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il y a quelques mois, une somnambule extra-lucide était poursuivie devant le tribunal de Blaye pour homicide involontaire. Un jeune homme était venu la consulter au sujet de sa mère atteinte d'hydropisie. « Elle guérira, avait dit la somnambule, si vous faites macérer cent grammes de feuilles de digitale dans un litre d'eau, et si vous lui donnez une cuillerée à bouche de cette macération toutes les heures. » La prescription fut exécutée à la lettre, et la malade mourut à la fin du premier jour de traitement.

2° Les pronostics inconsidérés que portent les somnambules ont souvent des conséquences déplorables. Quand ils sont optimistes, ils empêchent les malades de suivre les traitements efficaces qui seraient de nature à améliorer leur situation; quand ils sont sombres, ils jettent l'inquiétude dans l'esprit des consultants et aggravent leur état.

M. le professeur Grasset (de Montpellier) a donné des soins à un individu qui devenait névrosique et aliéné, parce qu'une somnambule lui avait prédit qu'il mourrait dans un an [1].

Le *Progrès médical* du 29 novembre 1890 rapporte le fait suivant : « Une jeune artiste, désirant connaître l'avenir qui lui était réservé, va trouver une somnambule; celle-ci lui déclare que les beaux projets sont inutiles, car sa mort est proche. La consultante s'en retourne chez elle très impressionnée; depuis lors son caractère s'altère, elle devient sombre et, au bout de quelques jours, tente de se jeter par la fenêtre. »

3° Les somnambules sont souvent interrogés sur les causes des maladies qu'ils ont à traiter, et comme leurs clients croient tous

[1] Grasset, *Traité des maladies du système nerveux*, 3e édit. 1886, p. 975.

plus ou moins aux maux donnés par sortilèges, ils se laissent entraîner à désigner à la vindicte publique des personnes qui pâtissent par la suite de leurs dénonciations.

L'affaire suivante vous donnera une idée de ces agissements et des conséquences qu'ils peuvent avoir :

Dans la commune de Villemorin (Charente-Inférieure), un enfant de onze ans et demi, le jeune Alfred Guer..., donnait des consultations somnambuliques. Il était sujet depuis deux ans à des attaques de sommeil spontané dans lesquelles il répondait aux questions qu'on lui posait. Le bruit se répandit qu'il était somnambule, qu'il indiquait la place des trésors cachés, qu'il guérissait les malades. Ses parents comprirent le parti qu'ils pouvaient tirer de cette situation. Ils apprirent à leur enfant à s'endormir en fixant une bougie et vantèrent partout sa lucidité merveilleuse. Ils n'eurent tout d'abord qu'à se louer de leur habileté, car les clients étaient nombreux et payaient bien. Mais un incident imprévu vint troubler leur quiétude. Dans le courant de 1889, un paysan des environs, le sieur D..., dont la mère était atteinte d'accès de délire, vint consulter le jeune Alfred Guer... Celui-ci s'endormit et déclara qu'il pourrait guérir la femme D... avec des herbes, bien qu'elle eût *une maladie donnée,* et il désigna le sieur Bur... comme étant l'auteur du sortilège. A la suite de cette dénonciation, le sieur Bur... fut mis à l'index et traité comme un paria par les habitants de la commune de Villemorin. Il porta plainte au Parquet. L'affaire fut instruite et aboutit, le 7 juin 1889, au jugement suivant qui mérite, ce me semble, d'être cité intégralement, malgré sa longueur, parce qu'il met bien en lumière les agissements des somnambules de village et leurs conséquences morales :

« Attendu que de l'instruction et des débats résulte la preuve du délit d'escroquerie reproché aux inculpés Guer...;

» Attendu, en effet, que de l'ensemble des dépositions des témoins, il résulte que les époux Guer... et leur fils Alfred, agissant ensemble et de concert, de façon à faire croire aux habitants des communes de Coutré et de Villemorin que leur dit fils Alfred Guer..., qu'ils prétendaient endormir à l'aide d'une chandelle allumée, avait un pouvoir surnaturel dans son sommeil, qu'il guérissait toutes les maladies et pouvait lire dans l'avenir, se sont fait remettre pour prix des révélations de leur fils diverses sommes d'argent, notamment par les sieurs Desl... (Amédée) et Dug... (Pierre), et ont ainsi escroqué tout ou partie de la fortune d'autrui ;

» Attendu : 1° que le fait d'avoir, à l'aide d'une chandelle allumée, fait croire qu'ils endormaient leur fils; 2° que le fait par le jeune Guer... de

s'être livré à des contorsions de bras et de figure avant de fermer les yeux, de façon à faire croire que la lumière avait une certaine influence sur son sommeil; 3° que le fait d'avoir, après les faits et gestes sus-relatés, simulé le sommeil [1] et d'avoir fait croire que dans ce sommeil il avait le pouvoir de guérir les maladies et de prédire l'avenir, et de révéler les faits inconnus ou de trouver des trésors constituent bien les manœuvres frauduleuses destinées à faire croire à un pouvoir imaginaire et érigés par la loi comme l'un des éléments du délit d'escroquerie;

» Attendu que la fraude et la mauvaise foi éclatent à chaque instant dans cette affaire; qu'en effet les époux Guer..., qui présentaient leur fils comme faisant découvrir des trésors, sont obligés de convenir que, malgré des fouilles faites par eux en de nombreux endroits, ils n'ont encore découvert aucun trésor, ce qui leur démontrait à eux-mêmes le peu de fondement des révélations de leur fils;

» Attendu, d'un autre côté, qu'ils ne peuvent invoquer leur bonne foi, puisqu'on voit tantôt le sieur Guer..., tantôt son épouse, opérant avec une chandelle allumée pour endormir leur fils, et que l'on constate également qu'en l'absence de ses père et mère, le fils Guer... s'endormait seul, soit avec une chandelle, soit avec des allumettes, soit même sans préparatifs aucuns, et, chose bien remarquable, on constate qu'il se réveillait seul aussitôt les questions terminées, s'endormant et se réveillant à volonté; que des pratiques aussi ridicules, tout en démontrant la naïveté des personnes qui se rendaient chez les Guer..., indiquent bien que ceux-ci avaient trouvé dans la crédulité publique une mine qu'ils exploitaient d'une façon indigne;

» Attendu, en effet, qu'il résulte des dépositions recueillies devant le Tribunal que pour se venger des personnes qui se montraient incrédules à l'égard des faits et gestes du fils Guer..., les époux Guer... et leur fils, trouvant en cela même un appui auprès de l'adjoint de la commune de Villemorin dont ils étaient les locataires et les pensionnaires, car ils mangeaient à la même table, ont fait planer sur plusieurs personnes des soupçons aussi odieux que ridicules en les désignant comme sorciers, notamment sur les sieurs Bur..., Rouss... et Jeanp..., de façon à leur nuire auprès des autres habitants et à leur faire sentir tout le poids du pouvoir qu'ils avaient sur les imaginations de ces habitants;

» Attendu que les conséquences morales, provoquées ainsi dans les communes de Coutré et de Villemorin par les sieurs Guer..., lesquels avaient recours aux injures et aux menaces pour intimider ceux qui ne voulaient pas se courber sous leur domination, ont été épouvantables et paraîtraient même invraisemblables en plein dix-neuvième siècle si le maire de l'une des communes, ainsi que les victimes elles-mêmes des actes des époux Guer... et de leur fils Alfred n'étaient venus devant le Tribunal attester la triste réalité de tous ces faits;

[1] Les juges ont admis, dans l'espèce, que l'enfant Guer... simulait le sommeil; mais le fait seul de faire croire à l'existence de facultés merveilleuses pendant le sommeil hypnotique et de tirer profit des révélations faites dans ce sommeil, alors même que l'état de sommeil serait parfaitement réel, suffit à caractériser l'escroquerie.

» Attendu que les inculpés ont, par leurs faits et gestes, bouleversé complètement les communes de Coutré et de Villemorin, semant la division parmi les habitants, rendant même quelques-uns odieux à ce point aux autres habitants qu'on les fuyait, leur refusant tout secours, même un verre d'eau, qu'ils étaient renvoyés de leurs places de domestiques, comme Jeanp..., et exposés à mourir de faim, comme Rouss..., sans l'intervention de M. le Maire de Coutré;

» Attendu que les inculpés, qui parcouraient les communes susdites ayant des femmes, des enfants et des hommes qui leur faisaient cortège en grand nombre, n'agissaient ainsi avec la plus insigne mauvaise foi que pour frapper les imaginations, faire croire au pouvoir imaginaire de leur fils, exploiter la crédulité publique et se faire remettre de l'argent pour prix de leurs révélations; qu'une grave responsabilité pénale pèse donc sur eux et que la peine, pour être efficace, doit nécessairement être sévère;

» Attendu que le plus coupable est assurément le sieur Guer... père, et que son épouse s'est associée à ses faits et gestes;

» Attendu cependant que l'épouse Guer..., étant sous la puissance de son mari et ayant agi sous la pression de celui-ci, a encouru une responsabilité un peu moins grave et que le bénéfice des circonstances atténuantes doit lui être accordé;

» Attendu, en ce qui concerne le jeune Guer..., Alfred, qui est né le 31 décembre 1877 et qui n'a par conséquent que onze ans et cinq mois, que s'il s'est associé aux manœuvres frauduleuses de ses père et mère, on doit dire cependant qu'il a agi sans comprendre toute la portée de ses actes; qu'il convient néanmoins de provoquer à son égard les mesures nécessaires afin de le soustraire à l'influence néfaste de ses parents et de le faire élever jusqu'à vingt ans accomplis dans une maison de correction, c'est-à-dire jusqu'à l'âge où il sera soldat, de façon à en faire un homme utile à son pays;

» Par ces motifs, le Tribunal, après en avoir délibéré, jugeant publiquement en matière correctionnelle et en premier ressort,

» Déclare les nommés : 1° Guer... (François-Alexandre), 2° Sic... (Marie), épouse Guer..., coupables de s'être, dans le courant des mois de mars, avril et mai 1889, en tous cas depuis moins de trois ans, en la commune de Villemorin, en employant soit ensemble et de concert, soit séparément, des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un pouvoir imaginaire, fait remettre par diverses personnes, notamment par les sieurs Desl... (Amédée) et Dug... (Pierre), des sommes d'argent et d'avoir ainsi escroqué tout ou partie de la fortune d'autrui,

» Faits qui constituent le délit d'escroquerie prévu et réprimé par l'article 405 du Code pénal;

» Vu également les articles 55 et 463 du Code pénal, et l'article 9 de la loi du 22 juillet 1867, lesquels sont ainsi conçus :

« Art. 405. — Quiconque soit en faisant usage de faux noms ou de fausses » qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader » l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaires, » ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident

» ou de tout autre événement chimérique, se sera fait remettre ou délivrer, » ou aura tenté de se faire remettre ou délivrer des fonds, des meubles ou » des obligations, dispositions, billets, promesses, quittances ou décharges, » et aura, par un de ces moyens, escroqué ou tenté d'escroquer la totalité » ou partie de la fortune d'autrui, sera puni d'un emprisonnement d'un an » au moins et de cinq ans au plus, et d'une amende de cinquante francs au » moins et de trois mille francs au plus. »

« Art. 55. — Tous les individus condamnés pour un même crime ou pour » un même délit seront tenus solidairement des amendes, des restitutions, » des dommages-intérêts et des frais. »

« Art. 463. — Dans tous les cas où la peine de l'emprisonnement et celle » de l'amende sont prononcées par le Code pénal, si les circonstances » paraissent atténuantes, les tribunaux correctionnels sont autorisés, même » en cas de récidive, à réduire l'emprisonnement même au-dessous de six » jours et l'amende même au-dessous de seize francs; ils pourront aussi » prononcer séparément l'une ou l'autre de ces peines et même substituer » l'amende à l'emprisonnement sans qu'en aucun cas elle puisse être au- » dessous des peines de simple police. »

« Art. 9 de la loi du 22 juillet 1867. — La durée de la contrainte par » corps est réglée ainsi qu'il suit : de deux mois à quatre mois, lorsque » l'amende et les autres condamnations sont supérieures à deux cents francs » d'amende et qu'elles n'excèdent pas cinq cents francs. »

» Le Tribunal, faisant application des articles de loi dont il vient d'être donné lecture, condamne : 1° Guer... (François-Alexandre) à un an et un jour d'emprisonnement et cinquante francs d'amende; 2° Sic... (Marie), épouse Guer..., à six mois d'emprisonnement et cinquante francs d'amende; les condamne solidairement aux dépens liquidés à fr. 171,89, en ce compris le timbre, l'enregistrement, les extraits du présent jugement et les droits de poste, et fixe la durée de la contrainte par corps au minimum déterminé par la loi;

» Déclare que le jeune Guer... (Alfred), âgé de onze ans, a agi sans discernement;

» Vu l'article 66 du Code pénal, lequel est ainsi conçu :

« Art. 66. — Lorsque l'accusé aura moins de seize ans, s'il est décidé » qu'il a agi sans discernement, il sera acquitté; mais il sera, selon les » circonstances, remis à ses parents ou conduit dans une maison de correc- » tion pour y être élevé et détenu pendant tel nombre d'années que le » jugement déterminera et qui toutefois ne pourra excéder l'époque où il » aura accompli sa vingtième année. »

» Acquitte comme ayant agi sans discernement Guer... (Alfred), mais dit qu'il sera conduit dans une maison de correction pour y être élevé et détenu jusqu'à l'âge de vingt ans accomplis [1]. »

[1] Les époux Guer... ayant interjeté appel de ce jugement, la Cour de Poitiers réduisit à huit mois la peine d'emprisonnement prononcée par les premiers juges contre Guer... père, et à quinze jours celle prononcée contre l'épouse Guer..., et ordonna que Guer... (Alfred) serait laissé à ses parents.

Il est fort rare que la justice se montre aussi sévère pour les somnambules de profession dont les réclames s'étalent audacieusement à la quatrième page des journaux, et cela est fort regrettable, car les consultations somnambuliques ont des inconvénients sérieux qu'aucun avantage ne compense. Elles sont infiniment plus dangereuses pour la santé et la moralité publiques que les représentations d'hypnotisme ou de magnétisme. Elles devraient être interdites avec une extrême rigueur.

SOIXANTE-CINQUIÈME LEÇON

DES APPLICATIONS DE L'HYPNOTISME A LA THÉRAPEUTIQUE

SOMMAIRE

I. Rôle de l'hypnose expérimentale dans la thérapeutique suggestive; elle a surtout pour effet d'exalter la suggestibilité du sujet. C'est la suggestion qui guérit, ce n'est pas le sommeil hypnotique.

II. Nature des affections accessibles aux suggestions.

III. Précautions à prendre dans la pratique de la thérapeutique hypno-suggestive. *Modus operandi.*

IV. Causes des insuccès de l'hypnothérapie suggestive : 1° sujets non hypnotisables; 2° sujets hypnotisables, mais non suggestibles; 3° retour rapide des accidents; 4° substitution d'un accident à un autre. Conclusion.

Messieurs,

Je vous ai parlé des méfaits de l'hypnotisme, il est juste que je vous entretienne de ses avantages.

Ces avantages sont très réels. La thérapeutique hypno-suggestive a une incontestable efficacité. Sous son influence on voit parfois disparaître des paralysies, des contractures, des aphonies, des amauroses, des vomissements, etc., qui résistaient depuis longtemps à tous les efforts de la médecine ordinaire. Ses effets, dans les cas heureux, tiennent du prodige. On dit à un paralytique préalablement hypnotisé : « Vous êtes guéri; levez-vous et marchez, » et subitement, sans convalescence, l'infirme devient ingambe. Cela est vraiment merveilleux.

La méthode ne donne malheureusement pas toujours des résultats aussi éclatants; elle n'est pas infaillible, elle ne s'applique pas à toutes les maladies; elle a des indications et des contre-indications. Mais il suffit qu'elle détermine quelquefois des guérisons inespérées pour que les médecins aient le devoir d'en apprendre les principes et de se mettre en mesure, le cas échéant, d'en diriger les applications.

I

Le sommeil hypnotique ne paraît pas avoir, par lui-même, d'action curative sérieuse. On a cru jadis qu'en endormant régulièrement une ou deux fois par jour les malades atteints d'affections névropathiques, on améliorait progressivement leur situation. L'expérience n'a pas justifié cette pratique, qui est aujourd'hui complètement abandonnée.

La provocation du sommeil peut cependant être utile dans quelques cas particuliers :

1° Elle peut arrêter les attaques convulsives trop violentes ou trop prolongées. Exemple : Voici une de nos hystériques hypnotisables, Justine B... Je lui donne une attaque convulsive en pressant une de ses zones spasmogènes. Les convulsions cloniques commencent aussitôt. La malade lance ses bras et ses jambes de côté et d'autre, elle pousse des cris, elle se place en arc de cercle. Si nous laissions l'attaque suivre son évolution naturelle, elle durerait de quinze à vingt minutes. Mais nous allons en abréger notablement la durée. Je comprime légèrement les globes oculaires de la malade : les convulsions s'arrêtent, le calme se rétablit. Cependant Justine B... n'est pas à l'état normal comme elle y serait si nous avions comprimé fortement une de ses zones spasmo-frénatrices. Elle est en état de sommeil hypnotique, état que nous ferons passer quand nous voudrons par l'insufflation brusque sur les yeux ou par l'excitation d'une zone hypno-frénatrice. D'une *convulsionnaire* nous avons fait une *dormeuse*, et il est souvent beaucoup plus facile de mettre fin à une attaque de sommeil que d'arrêter les grandes convulsions hystériques.

2° On peut encore tirer profit de la provocation du sommeil hypnotique pour arrêter certaines attaques de délire bruyant. Quand un malade est en *état paraphronique* et qu'il trouble par ses cris ou son agitation désordonnée le repos des personnes qui l'entourent, on obtient souvent un calme immédiat en provoquant par la fixation du regard, la compression des globes oculaires, la pression d'une zone hypnogène, etc., un sommeil plus profond dans lequel les suggestions sont facilement acceptées et réalisées.

3° Enfin, l'hypnose peut être utilisée comme moyen anesthésique dans la pratique des opérations chirurgicales ou obstétricales [1].

En dehors de ces cas spéciaux et dont le nombre est très limité, l'hypnose n'a pas d'effets thérapeutiques avantageux. Quand on endort une personne ayant un accident névropathique permanent, une paralysie hystérique, une contracture, un spasme rythmique, etc., cet accident disparaît bien, d'ordinaire, pendant la durée du sommeil hypnotique provoqué, mais il reparaît aussitôt après le réveil. Je puis vous en fournir la preuve expérimentale.

Marie M... est une hystérique qui a été traitée jadis dans le service. Elle a quitté l'hôpital avant d'être tout à fait guérie. Elle a encore de temps en temps des attaques convulsives très violentes, et ces attaques sont souvent suivies de contracture ou de spasmes rythmiques du membre supérieur gauche. Quand ces accidents se manifestent, la malade vient nous trouver, et une séance de faradisation ou de suggestion hypnotique les fait disparaître. Elle s'est présentée hier avec des convulsions pseudo-choréiques du bras gauche, et je l'ai décidée à rester à l'hôpital jusqu'à aujourd'hui pour me permettre de faire devant vous quelques expériences. Son spasme localisé ne s'est pas modifié : son bras gauche est toujours agité de secousses régulièrement rythmées. J'endors la malade par la fixation du regard. Aussitôt qu'elle est endormie les convulsions cessent. Je la réveille en lui soufflant sur les yeux, et le spasme reparaît immédiatement.

D'une façon générale l'hypnose n'a d'avantages sérieux que si on lui adjoint la suggestion. En voici la preuve : Je rendors Marie M... dont le bras gauche est toujours en mouvement, et lorsqu'elle est endormie, je lui dis : « Vous êtes guérie. Quand je vous aurai réveillée, votre bras gauche ne sera plus agité de mouvements involontaires; vous vous en servirez comme de l'autre. » Ceci dit, je réveille la malade et vous voyez que le spasme rythmique qui l'incommodait depuis trois jours a disparu.

Ainsi l'agent réellement actif de la guérison n'est pas le sommeil

[1] Voyez à ce sujet : P. Santilli, *De l'anesthésie chirurgicale par hypnotisme et suggestion.* Th. doct., Montpellier, 1887. — Auvard et Secheyron, *L'hypnotisme et la suggestion en obstétrique* (*Archives de tocologie,* 1888). — Schitzler, *Extirpation von Nasenpolypen in der Hypnose* (*Internal. Klin., Rundschau,* 1888). — Furth, *Eine Operation in Hypnose* (*Wien. med. Woch.,* 1888). — Fanton, *Accouchement sans souffrance au moyen de l'hypnotisme* (*Association française pour l'avancement des sciences,* Congrès de Paris, 1889), etc.

mais la suggestion. Le sommeil n'intervient que pour favoriser la suggestibilité.

Or, nous avons vu précédemment que la suggestibilité, c'est à dire l'aptitude à accepter les idées suggérées et à les transformer en actes, n'est pas nécessairement liée au sommeil hypnotique. On peut être endormi sans être suggestible et être suggestible sans être endormi. D'où il résulte que certains malades hystériques et hypnotisables ne guérissent pas des accidents dont ils souffrent, même après qu'on leur en a donné la suggestion dans le sommeil hypnotique, tandis que d'autres malades, hystériques et non hypnotisables, sont débarrassés de leurs maux par des suggestions à l'état de veille.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'étendue de la suggestibilité est très variable d'un sujet à l'autre. Il y a des personnes qui acceptent toutes les suggestions possibles, tandis que d'autres n'en acceptent que certaines; il y en a qui sont facilement accessibles aux suggestions par persuasion et résistent aux suggestions impératives ou *vice versa;* il y en a, enfin, qui ne sont pas influencés par les suggestions hypnotiques et qui guérissent avec des pilules de mie de pain ou à la fin d'une neuvaine de prières ferventes.

Je me contente pour le moment de vous signaler ces particularités sur lesquelles nous reviendrons dans quelques instants.

II

Il est difficile de fixer exactement les indications précises de la médication suggestive. Quelques-uns de ses partisans l'emploient indifféremment dans toutes les maladies, sous le prétexte que, si elle ne fait pas de bien, elle ne peut pas faire de mal, et que, dans toutes les maladies, il y a, en dehors des lésions que la suggestion ne saurait détruire, des troubles fonctionnels surajoutés qu'elle peut atteindre et modifier heureusement[1].

[1] « Les maladies les plus diverses, disent MM. Fontan et Segard, dans leurs *Éléments de médecine suggestive,* ont été traitées par la suggestion hypnotique, et il n'en est aucune, si elle n'est complètement justiciable de cette pratique, qui n'offre à un moment donné quelques symptômes douloureux, quelques troubles fonctionnels qui seront supprimés sûrement... Supposons une coxalgie : quelle part énorme la douleur et les contractures réflexes prennent à la marche de l'affection en déterminant la position vicieuse et toutes ses conséquences! Or, si dans la coxalgie, toute tuberculeuse qu'elle soit, la suggestion annihile cette participation de l'élément nerveux et musculaire, ne pourra-t-on pas dire qu'elle a joué un rôle accessoire, mais curateur? » (*Op. cit.,* p. 108 et 110.)

C'est en partant de ces principes que MM. Liébeault[1] et Bernheim[2], à Nancy; Berillon[3] et Luys[4], à Paris; Lloyd Tuckey[5], à Londres; Moll[6], à Berlin; Van Renterghem[7] et F. Van Eeden[8], à Amsterdam; Otto G. Wetterstrand[9], à Stockolm, etc., s'efforcent d'hypnotiser tous les malades qui se confient à eux : ataxiques, tuberculeux, cancéreux, coxalgiques, dysentériques, etc., et ordonnent à l'un de ne plus souffrir, à l'autre de manger avec appétit, au troisième de ne plus aller à la garde-robe que deux fois par jour, etc. Ils obtiennent, disent-ils, des succès remarquables et publient des statistiques prodigieusement belles.

Dans la deuxième édition de son livre sur *la Suggestion et ses applications à la thérapeutique,* M. Bernheim rapporte 71 observations détaillées de maladies diverses traitées par la médecine suggestive. « Ce ne sont pas, dit-il, des observations de choix; je pourrais, en ne publiant que celles où la guérison a été complète et instantanée, embellir le tableau et frapper davantage l'esprit du lecteur; je tiens à me renfermer dans la stricte vérité et à présenter l'idée aussi vraie que faire se peut actuellement des résultats que donne la suggestion thérapeutique. » Malgré ces précautions, sur les 71 cas cités par l'auteur, on compte 59 guérisons, 12 améliorations et pas un seul insuccès. Sur les 99 observations rapportées dans le nouvel ouvrage de M. Bernheim : *Hypnotisme, suggestions, psychothérapie,* on trouve 72 guérisons et 27 améliorations, ce qui fait, sur un total de 170 observations, 131 guérisons et 39 améliorations.

[1] Liébeault, *Emploi de la suggestion hypnotique en thérapeutique* (*Revue de l'hypnotisme,* t. I, p. 328).

[2] Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique,* 2e édition. Paris, 1886. — *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie.* Paris, 1891.

[3] Edgar Bérillon, *La suggestion hypnotique dans le traitement de l'hystérie.* Br. in-8o, Paris, 1890. — *Les indications formelles de la suggestion hypnotique en psychiâtrie et en neuro-pathologie* (*Revue de l'hypnotisme,* t. V, p. 98). — *La suggestion; ses applications à la pédiâtrie et à l'éducation mentale des enfants vicieux ou dégénérés.* Br. in-8o, Paris, 1890.

[4] Luys, *Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme,* Paris, 1890.

[5] G. Lloyd Tuckey, *Psycho-therapeutics.* In-8o, London, 1890.

[6] Moll, *De la suggestion hypnotique comme agent thérapeutique* (*Société de médecine de Berlin,* séance du 10 avril 1889).

[7] Van Renterghem, *Communication sur l'hypnotisme et la suggestion appliqués à la pratique médicale,* premier Congrès néerlandais des naturalistes et médecins tenu à Amsterdam, les 30 sept. et 1er octob. 1887 (Anal. in *Revue de l'hypnotisme,* t. II, p. 185).

[8] F. van Eeden (d'Amsterdam), *Communication à la Société de psychiâtrie de Hollande* (séance du jeudi 21 novembre 1889, tenue à Utrecht, trad. in *Revue de l'hypnotisme,* t. IV, 1890, p. 270).

[9] Otto G. Wetterstrand, *Der Hypnotismus und seine Anwendung in der praktischen Medicin.* In-8o, Berlin, 1891.

Les statistiques de MM. Van Renterghem et Van Eeden [1], Otto G. Wetterstrand [2], Luys [3] sont tout aussi remarquables.

Néanmoins, la plupart des neurologistes se refusent à employer systématiquement l'hypnothérapie à la cure de toutes les maladies. Ils croient (et je partage absolument leur avis) qu'il convient d'avoir recours à la suggestion thérapeutique dans les cas où elle a des chances sérieuses d'être efficace, mais qu'il ne faut pas l'ériger en méthode générale et exclusive [4].

[1] Sur 178 malades traités par M. van Renterghem, 7 seulement n'auraient pas été hypnotisables et 9 n'auraient éprouvé, à la suite des manœuvres hypnogènes, qu'une légère somnolence. Sur les 162 autres, il y aurait eu 91 guérisons, 46 améliorations et 25 états stationnaires.

[2] La statistique de M. Otto G. Wetterstrand porte sur 718 cas de céphalalgie, névralgies, affections de la moelle épinière (tabes dorsal), épilepsie, chorée, contractures spasmodiques, bégaiements, neurasthénie, anémie, goutte, rhumatisme, hémorragies, phtisie pulmonaire, maladies de cœur, affections d'estomac, diarrhées, maladie de Bright, incontinence d'urines, névralgie du col vésical, maladies des enfants, anomalies des membres, psychoses, hystérie, amblyopie, surdité nerveuse, alcoolisme, etc. Sur les 718 personnes traitées, il n'y en a eu que 19 réfractaires à l'hypnose. La plupart des autres ont été guéries ou améliorées. Sur 74 cas de céphalalgie, on compte 65 guérisons; 10 bègues, sur 26, ont été débarrassés de leur infirmité; tous les malades atteints d'incontinence nocturne d'urines ont été guéris, etc.

[3] La statistique de M. Luys pour l'année 1890 donne, sur 128 malades, 67 guérisons, 51 améliorations et 10 états stationnaires (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* séance du 26 décembre 1890).

[4] L'étude des applications de la suggestion hypnotique à la thérapeutique a donné lieu, dans ces dernières années, à un nombre considérable de travaux, parmi lesquels il convient de citer les suivants :

Alphandéry, *La thérapeutique morale et la suggestion.* Th. doct., Paris, 1885. — Baierlacher, *Die hypnotische Suggestion in der medizinischen Therapie* (*Münch. med. Woch.*, 1888, p. 497). — *Die Suggestion-Therapie und ihre Technik.* Stuttgart, 1889, in-8°, p. 57. — Besse, *De l'hypnotisme thérapeutique.* Th. doct., Montpellier, 1888. — Binswanger, *Bemerkungen ueber die Suggestion-Therapie* (*Therap. Monatsch.*, 1889). — Bollaan, *De hypnose in de practijk* (*Nederl. Tijdsch. voor geneesk.*). Amsterdam, 1888. — A. Bonjean, *L'hypnotisme dans ses rapports avec le droit et la thérapeutique.* Paris, 1890, in-8°, p. 310. — Brodowski, *L'hypnotisme dans la pratique médicale* (en russe). Saint-Pétersbourg, 1888. — Brugelmann, *Uber dem Hypnotismus und seine Verwertung in der Praxis.* Neuwied, 1889. — Corex, *The therapeutic value of hypnotismus* (*Boston med. and sug. Journal,* 1888). — Von Corval, *Ueber Suggestiv-Therapie* (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1889). — Danillo, *Ueber die therapeutische und forensische Bedeutung der Hypnotismus* (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1889). — Delbœuf, *Origine des effets curatifs de l'hypnotisme* (*Académie royale de Belgique,* 1887). — *Origine des effets curatifs instantanés de l'hypnotisme sur les maladies chroniques* (*Revue de l'hypnotisme,* t. III, p. 66). — Delbœuf, Noël et Leplat, *De l'étendue de l'action curative de l'hypnotisme.* — *L'hypnotisme appliqué aux altérations de l'organe visuel* (*Académie royale de Belgique,* 1890). — H. Desplats, *Applications thérapeutiques de l'hypnotisme et de la suggestion* (*Journal des sciences médicales,* Lille, 1886). — Ducloux, *La médecine d'imagination, les maladies imaginaires et la thérapeutique suggestive.* Montpellier, 1887, in-8°, p. 47. — Dujardin-Beaumetz, *De la suggestion en thérapeutique* (*Bulletin général de thérapeutique,* 15 janvier 1891). — Féré, *La médecine d'imagination* (*Progrès médical,* 1884). — Forel, *Der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung, in Kurzgefasster Darstellung.* Stuttgart, 1889, in-8°, p. 88. — Frey, *Die praktische der Hypnose* (*Wien. med. Woch.*, 1889). — Grasset, *Du sommeil provoqué comme agent thérapeutique* (*Semaine médicale,* 2 mai 1885). — Abdon

Or, les accidents susceptibles d'être heureusement modifiés par les suggestions sont relativement peu nombreux.

En première ligne, il faut placer les accidents hystériques, aussi bien les accidents intermittents, comme les attaques convulsives ou délirantes [1], que les accidents permanents interparoxystiques, tels que les paralysies [2], les contractures [3], les spasmes doulou-

Sanchez Herrero, *El hipnotismo y la suggestion*. Valladolid, 1889. — Hirt, *Zur Würdigung der Suggestion-Therapie* (*Wienn. med. Presse*, 1890). — Lombroso, *L'ipnotismo come mezzo curativo* (*Lo Sperimentale*, 1889). — O. Maira et D. Benavente, *Hipnotismo y suggestion*. Santiago (Chili), 1887. — Mendel, *De l'hypnotisme en thérapeutique* (*Berlin. klin. Woch.*, 1889). — Michael, *Beitrage zur hypnotische Therapie* (*Deutsch. med. Zeitschrift*, 1890). — Mueller, *Ueber Hypnotismus und Suggestion sowie deren therapeutische Anvendung in der artzlichen Praxis*. Wien, 1889. — Hamilton Osgood, *The therapeutic value of suggestion during the hypnotic state*. Boston, 1890. — Petrazzari, *Contributo alla casuistica delle suggestione ipnotica a scopo terapeutico* (*Atti dei Cong. della Soc. fren. ital.*, 1886). — Preston, *Hypnotismus as a therapeutic agent* (*Medical News*, Philadelphia, 1888). — Pulido, *El hypnotismo y su empleo medico* (*Siglo medico*, 1888). — Purgotti, *La terapeutica ipnotica e suggestiva* (*Il Morgagni*, 1887). — Rosenbach, *Ueber psychische Therapie innerer Krankheiten* (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1890). — Von Schrenck-Notzing, *Ein Beitrag zur therapeutischen Verwertung der Hypnotismus*. Leipzig, 1888. — Silva Santos, *O methodo suggestivo* (*Bulletin de la Société de médecine de Rio-de-Janeiro*, 1888). — Sperling, *Der Hypnotismus in der heutigen Medicin* (*Aertz. Prakt.*, Berlin, 1889). — Schuster, *Bemerkungen ueber die therapeutischen Verwertung der Hypnose* (*Therap. Monatsch.*, 1889). — Verda, *Contributo allo studio dell' ipnotismo come agent terapeutico nelle nevrosi*. Milano, 1887.

[1] Bérillon, *Valeur de la suggestion hypnotique dans le traitement de l'hystérie* (*Revue de l'hypnotisme*, t. IV, p. 35). — Besse, *Troubles hystériques traités par l'hypnotisme* (*Revue de l'hypnotisme*, t. III, p. 213). — Burot, *Grande hystérie guérie par l'emploi de la suggestion et de l'auto-suggestion* (*Revue de l'hypnotisme*, t. I, p. 355). — Codeluppi, *Sopra un caso di grande isterismo maschile; attachi d'istero-epilessia cessati per suggestione* (*Riv. sper. di freniatria*, 1888). — Derechter, *Une application de l'hypnotisme au traitement de l'hystérie* (*Journal de médecine de Bruxelles*, 1888). — Hirschfeld, *Ein Fall von Hystero-Epilepsie bei einem 12 jährichen Madchen geheilt mittelst hypnotische Suggestionen* (*Intern. Klin.*, Rundschau, 1888). — Sollier, *Hystéro-épilepsie supprimée par la suggestion hypnotique* (*Progrès médical*, 1889). — Urtoler, *Alcuni casi d'isterismo guariti mediante l'ipnotismo* (*Giornale di neuropatologia*, t. V, 1887), etc.

[2] Gros (d'Apt), *Impossibilité de marcher datant de trois années : hypnotisme et suggestion; guérison* (*Revue de l'hypnotisme*, t. II, p. 245). — Journée, *Monoplégie hystéro-traumatique guérie par une seule séance de suggestion* (*Progrès médical*, 24 novembre 1888). — Luys, *Nouveau cas de guérison d'une paraplégie hystérique par la suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme*, t. I, p. 353, 1887). — Nonne und Eisenlohr, *Funktionnelle Lähmungen bei einem Bleiarbeiter geheilt durch Hypnose und Suggestion* (*Deutsche mediz. Woch.*, 1888). — Papabasileos, *Guérison d'une paraplégie hystérique par l'hypnotisme* (*Galenos*, t. III, 1888). — Ribaud, *Considérations sur l'hypnotisme et observation d'un cas d'hémiplégie hystérique guéri par l'hypnotisme* (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1888). — Viscardi, *Un caso di guarigione di paralisi in isteria mediante l'ipnotismo* (*Gaz. med. ital. lomb.*, 1887). — A. Voisin, *Paralysie hystérique datant de six mois guérie en une demi-heure par la suggestion hypnotique* (*Archives de neurologie*, 1886), etc.

[3] Charcot, *L'hypnotisme en thérapeutique : guérison d'une contracture hystérique* (*Revue de l'hypnotisme*, t. I, p. 296 et 321). — Dumontpallier, *L'hypnotisme et les contractures hystériques* (*Revue de l'hypnotisme*, t. IV, p. 289). — Bock, *Contracture des deux mains guérie par la suggestion* (Clinique de Bruxelles, 6 décembre 1888).

reux [1], les tics [2], l'aphonie et le mutisme [3], le délire [4]. Puis, viennent certaines habitudes et certains troubles fonctionnels qu'on observe le plus souvent chez des névropathes et qui, par le fait de leur répétition, sont devenus de véritables besoins, tels que la morphinomanie [5], l'alcoolisme [6], l'onanisme [7], les penchants sexuels anormaux [8], l'incontinence d'urines [9], l'insomnie [10].

[1] Ramey, *Rétrécissement spasmodique de l'urèthre, traité sans succès par l'uréthrotomie interne, guéri par suggestion hypnotique* (*Société de biologie*, 3 juillet 1886). — Scavarelli, *Spasme de l'œsophage chez une jeune fille hystérique guéri par la suggestion hypnotique* (*Rivista sperimentale di freniatria*, 1887). — Mesnet et Roux, *Spasmes de l'urèthre et troubles nerveux; guérison par l'hypnotisme* (*Revue de l'hypnotisme*, t. III, p. 119). — Bernheim, *Hyperesthésie circonscrite en un point de la région præcordiale; pseudo-angine de poitrine; crises d'hystérie respiratoire et cardiaque; affaiblissement progressif et guérison par suggestion* (*Revue de l'hypnotisme*, t. V, p. 13), etc.

[2] Gremaud, *Tic douloureux de la face chez un jeune homme guéri par l'hypnotisme* (*Revue médicale de la Suisse romande*, mars 1890).

[3] Amadéi, *Mutisme hystérique guéri par suggestion hypnotique*. Milan, 1887. — Boland, *Aphonie guérie par suggestion à l'état de veille* (*Gazette des hôpitaux*, 19 juillet 1887). — Marcel et Marinescu, *Un cas de mutisme hystérique avec contracture spasmodique glosso-laryngée guérie par la suggestion hypnotique associée à la gymnastique vocale* (*Archives roumaines de médecine et de chirurgie*, t. I, p. 391, 1888). — Schnitzler, *Ueber funktionnelle Aphonie und deren Behandlung durch Hypnose und Suggestion* (*Internat. Klin.*, Rundschau, 1889).

[4] A. Voisin, *De l'hypnotisme et de la suggestion dans leur application au traitement des maladies nerveuses et mentales* (*Rev. de l'hypn.*, t. I, p. 4). — P. Garnier, *Hypnotisme et folie* (*France médicale*, 22 avril 1886). — Burot, *Manie hystérique avec impulsion et hallucination guérie par la suggestion* (*Revue de l'hypn.*, t. III, p. 337). — Voisin, *Folie lypémaniaque, avec idées de suicide, datant de huit ans; phénomènes choréiques hystériques, guérison par la sugg. hypnotique* (*Rev. de l'hypn.*, t. III, p. 353).

[5] A. Voisin, *Traitement et guérison d'une morphinomane par la suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme*, 1886, p. 161). — S. Tanzi, *Sul trattamento por suggestione del morfinismo e della morfinomania* (*La terapia moderna*, 1889).

[6] Brémaud, *Guérison par l'hypnotisme d'un délire alcoolique* (*Revue de l'hypnotisme*, t. II, p. 19). — A. Voisin, *De la dipsomanie et des habitudes alcooliques et de leur traitement par l'hypnotisme* (*Revue de l'hypnotisme*, t. II, p. 48 et 65). — Ladame, *Le traitement des buveurs et des dipsomanes par l'hypnotisme* (*Revue de l'hypnotisme*, t. II, p. 129 et 165). — Ladame, *Hypnotismus und Suggestion in der Behandlung der Trunksucht und Dipsomanie* (*Internat. Klin.*, Rundschau, 1890). — Forel, *Traitement de l'alcoolisme* (*Revue de l'hypnotisme*, t. III, p. 3). — Bérillon, *De la dipsomanie et de son traitement par la suggestion* (*Revue de l'hypnotisme*, t. V, p. 47, 1890).

[7] A. Voisin, *Observation d'onanisme guéri par la suggestion hypnotique* (*Association française pour l'avancement des sciences*, Congrès de Toulouse, 1887). — A. Voisin, *Le traitement des habitudes vicieuses par suggestion* (Congrès d'Oran, 1888). — A. Voisin, *Perversité morale guérie par la suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme*, t. III, p. 130), etc.

[8] Ladame, *Inversion sexuelle chez un dégénéré traité avantageusement par la suggestion hypnotique* (Congrès de l'hypnotisme, Paris, 1889). — Krafft-Ebing, *Inversion sexuelle guérie par suggestion* (*Internat. Centralbl. f. d. Physiologie und Pathologie der Hirn und sexual Organs*, Bd I). — Von Schrenck-Notzing, *Un cas d'inversion sexuelle améliorée par la suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme*, t. IV, p. 172, et t. V, p. 15).

[9] Liébeault, *Traitement par suggestion hypnotique de l'incontinence nocturne d'urines chez les adultes et chez les enfants* (*Revue de l'hypnotisme*, t. I, p. 71, 1886.)

[10] Frey, *Heilung von Schlaflosigkeit durch Hypnose und Suggestionnen* (*Wien. med. Presse*, 1888). — Hugenschmidt, *Treatment of insomnia by hypnotism* (*Philad. med. and surg. Reports*, 1888).

On a cité, en outre, quelques exemples de rétablissement du flux menstruel ou d'arrêt des métrorrhagies obtenus par suggestion [1].

Enfin, on a pu atténuer ou faire disparaître par cette méthode certains troubles vaso-moteurs ou sécrétoires d'origine névropathique [2].

En dehors de ces cas, la thérapeutique suggestive n'a guère de chances de réussite. Les malades atteints de vésanies franches (non hystériques), d'obsessions neurasthéniques, d'épilepsie idiopathique n'en tirent ordinairement aucun profit [3], non plus que les malades atteints de lésions organiques des centres nerveux. Il faut cependant tenir compte, en ce qui concerne ces derniers, des associations fréquentes de certains symptômes hystériques (ou tout au moins mobiles, comme les accidents hystériques, et, comme eux, accessibles aux suggestions) aux symptômes dépendant directement des lésions cérébrales ou médullaires [4]. Nous savons déjà, d'une façon à peu près certaine, que l'hémianesthésie qui se

[1] Bernheim, *Sur un cas de régularisation des règles par suggestion* (*Association française pour l'avancement des sciences*, Congrès de Toulouse, 1887). — A. Gascard *Influence de la suggestion sur certains troubles de la menstruation* (Congrès de l'hypnotisme, tenu à Paris en 1889). — Journée, *Petite hystérie et troubles dysménorrhéiques traités par suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme*, t. V, p. 18).

[2] Burot, *Asphyxie locale des extrémités chez un hystérique; modification de la température locale par la suggestion* (*Revue de l'hypnotisme*, t. IV, p. 197). — Burot, *Névropathie avec acrinie salivaire, datant de trente-cinq ans, guérie par la suggestion* (*Revue de l'hypnotisme*, t. III, p. 169). — Rossalymo, *Un cas d'oligurie hystérique guérie par la suggestion hypnotique.*

[3] On cite cependant quelques exemples de guérisons de ces affections, ainsi que de chorée, de tétanos, etc. Voyez à ce sujet : Bérillon, *Neurasthénie grave, traitée avec succès par la suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme*, t. IV, p. 336). — Brémaud, *Guérison par l'hypnotisme d'une manie des nouvelles accouchées* (*Revue de l'hypnotisme*, t. II, p. 16). — Goodall, *La suggestion pendant l'hypnotisme chez l'aliéné* (*Journ. of nervous and mental diseases*, juillet 1890). — De Jong, *Valeur thérapeutique de l'hypnose dans quelques psychoses* (Congrès de l'hypnotisme, Paris, 1889). — Luys, *Paralysie agitante ancienne, amélioration par les miroirs rotatifs* (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 mars 1889). — Marestanc, *Cas de tétanos chronique ou à forme lente; bons effets de l'hypnotisme, guérison* (*Archives de médecine navale*, septembre 1887). — Pari, *Corea guarita con la gimnastica vocale durante alcune seduti d'ipnotizzazione* (*Lo Sperimentale*, 1887). — Roubinovich, *Guérison par la suggestion hypnotique d'un accès de mélancolie chez une dégénérée* (*Revue de l'hypnotisme*, t. IV, p. 244). — Schmitt and Myers, *On the treatment of insanity by hypnotism* (*Journ. of ment. science*, 1890). — Trujillano, *Accessos epilepticos curados por sugestion hipnotica* (*Siglo Medico*, 1888). — Velander, *Un cas de mutisme mélancolique guéri par suggestion* (*Revue de l'hypnotisme*, t. IV, p. 175). — A. Voisin, *Traitement de l'aliénation mentale par la suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme*, t. II, p. 326). — A. Voisin, *Lypémanie ancienne avec gémissements; guérison en deux séances par la suggestion hypnotique* (*Revue de l'hypnotisme*, t. IV, p. 202). — Jules Voisin, *Guérison par la suggestion hypnotique d'idées délirantes et de mélancolie avec conscience* (*Revue de l'hypnotisme*, t. II, p. 242), etc.

[4] C'est là ce que M. Charcot appelle l'hystérie coorganique. On en trouvera plusieurs exemples dans ses *Leçons du Mardi*.

développe parfois à la suite des lésions du tiers postérieur de la capsule interne, ne dépend pas de la section des fibres nerveuses de la région capsulaire, mais qu'elle résulte d'un simple trouble fonctionnel des ganglions sous-jacents; qu'elle ne diffère par aucun de ses caractères cliniques de l'hémianesthésie hystérique, et qu'en particulier elle peut, comme cette dernière, être guérie par l'application d'un aimant ou par suggestion. Dans les scléroses en plaques, dans les myélites par compression, on peut observer également des troubles de la sensibilité et peut-être quelques troubles de la motilité qui ne sont pas sous la dépendance directe des lésions destructives des centres nerveux et qui sont susceptibles d'être modifiés par les agents esthésiogènes et par la suggestion. C'est là ce qui explique les améliorations temporaires provoquées par l'hypnothérapie dans certains cas de maladies organiques du cerveau ou de la moelle [1]. Il faut aussi tenir compte dans l'appréciation des succès attribués à la thérapeutique suggestive, des syndromes hystériques simulant les maladies organiques et susceptibles de donner lieu à des erreurs de diagnostic qu'il est parfois très difficile d'éviter [2].

III

Les considérations qui précèdent fixent la ligne de conduite du médecin, relativement à la pratique de l'hypnothérapie. D'une façon générale, il est légitime d'avoir recours à la médication suggestive 1° dans les cas d'hystérie confirmée avec ou sans accidents permanents rebelles aux procédés de la thérapeutique ordinaire; 2° dans les cas d'accidents névropathiques mal définis, ressortissant probablement à l'hystérie fruste, bien qu'il soit difficile d'établir d'une façon absolument certaine le diagnostic de leur véritable nature. Quelques auteurs pensent qu'il serait préférable de n'employer l'hypnotisation que chez les grandes

[1] Voyez à ce sujet : Chiltoff (de Kharkoff), *Traitement et guérison par suggestion hypnotique d'un cas d'hémiplégie après apoplexie* (*Revue de l'hypnotisme*, t. I, p. 341). — Fontan et Segard, *Effets de la suggestion hypnotique dans un cas de sclérose en plaques* (*Revue de l'hypnotisme*, t. III, p. 230). — Lloyd Tuckey, *Un cas d'ataxie locomotrice (tabes dorsalis), traité par l'hypnotisme et les suggestions* (Congrès de l'hypnotisme de 1889), etc.

[2] Voyez à ce sujet un intéressant mémoire de M. A. Souques, intitulé : *Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière* (*sclérose en plaques, paraplégie, tabes, amyotrophie et syringomyélie*), en cours de publication dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, fasc. I, janvier et février 1891.

hystériques qui n'ont rien à perdre à son emploi et peuvent gagner quelque chose à son action thérapeutique; MM. Gilles de La Tourette, Guinon, Blocq, etc., sont de cet avis, mais je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'être aussi exclusif.

Les précautions à prendre pour hypnotiser les malades sont des plus simples : 1° il ne faut, en aucun cas, les endormir sans avoir obtenu au préalable leur consentement formel; en général, il vaut mieux ne pas solliciter ce consentement et attendre que les malades en aient eux-mêmes la première idée; 2° s'il s'agit d'une femme, il ne faut jamais l'hypnotiser sans témoins; 3° il ne faut jamais donner aux malades que des suggestions utiles à leur guérison.

Je vous ai parlé jadis assez longuement des procédés d'hypnotisation pour qu'il me paraisse inutile d'y revenir; mais je dois vous dire un mot de la façon de donner la suggestion thérapeutique. Il importe qu'elle soit faite sur un ton à la fois persuasif et affirmatif, et que la formule en soit aussi simple et aussi claire que possible. Il faut, en outre, faire grande attention, quand on est obligé de renouveler à plusieurs reprises les suggestions, de ne pas les donner dans des termes tels que les effets de l'une soient en opposition avec ceux des autres. M. Liébeault raconte à ce sujet une curieuse anecdote. Il suggéra un jour à un de ses malades qu'il dormirait toute la nuit. Le lendemain, pour une autre raison, il lui ordonna d'uriner deux ou trois fois par nuit. « Il me revint, trois jours après, ajoute M. Liébeault, mais accompagné de sa femme. Tous deux étaient désolés. Une nouvelle maladie, de l'incontinence d'urine nocturne, s'était déclarée. Jugez de ma stupéfaction! Je m'aperçus que cette incontinence était l'effet des affirmations contradictoires que j'avais faites il y avait quelques jours. Une simple affirmation de la guérison, pendant l'état de somnambulisme, suffit par débarrasser le malade de cette émission d'urine d'un nouveau genre, et je passai aux yeux des deux époux pour un habile homme[1] ! »

IV

Nous venons de voir que l'hypnothérapie ne réussit d'ordinaire que dans le traitement des accidents hystériques, mais il ne faut

[1] Liébeault, *Confession d'un médecin magnétiseur* (*Revue de l'hypnotisme*, 1re année, p. 143).

pas s'imaginer qu'elle donne des résultats heureux dans tous les cas d'hystérie. Elle échoue souvent pour les raisons que nous allons passer en revue.

1° Tous les malades ne sont pas hypnotisables. Même parmi les hystériques avérés, plusieurs ne sont pas influencés par les manœuvres hypnogènes. D'après nos observations, l'aptitude à l'hypnotisation ne se rencontre guère que chez les deux tiers des hystériques femmes et chez le cinquième environ des hystériques hommes. Il en résulte que dans un tiers des cas d'hystérie féminine et dans les quatre cinquièmes des cas d'hystérie masculine, on ne pourra pas tirer profit de la suggestion hypnotique, même en cherchant avec la plus grande persévérance les moyens de l'appliquer. J'ai voulu hypnotiser récemment une dame atteinte d'une coccygodinie hystérique des plus tenaces et traitée depuis deux ans sans succès par une foule de moyens. Le diagnostic n'était pas douteux. La malade était sujette à des attaques convulsives; elle avait de l'hémianesthésie gauche, du rétrécissement concentrique des champs visuels, de la dyschromatopsie. Aucune lésion de l'appareil utéro-ovarien, des organes intra-pelviens ni du sacrum, ne pouvait fournir la raison des souffrances très vives qu'elle éprouvait. C'était un cas de choix dans lequel l'hypnothérapie avait beaucoup de chances de réussir. La malade sollicitait son emploi. Je cherchai à l'endormir par la fixation du regard, par la compression des globes oculaires, par la concentration de l'attention; je répétai les tentatives pendant plus d'une semaine sans obtenir le résultat désiré.

Il peut même arriver que des personnes qui ont été hypnotisables à une certaine époque, ne le soient plus au moment où il serait utile de les endormir pour les traiter. M. Georges Guinon a observé un cas de ce genre[1]. J'ai vu moi-même, il y a quelques mois, une dame franchement hystérique atteinte de pseudo-angine de poitrine et obsédée par la crainte de mourir subitement. Cette dame avait été autrefois hypnotisée par un de ses parents. Plus tard, se trouvant à Paris pendant l'Exposition, elle s'était endormie spontanément dans les magasins du Louvre devant un comptoir de jouets; on avait dû aller chercher un médecin qui la réveilla en lui soufflant sous les yeux. Sur sa demande et sur les sollicitations pressantes de son mari, je me décidai à tenter

[1] Georges Guinon, *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Th. doct., Paris, 1889.

de la soumettre à une cure hypno-suggestive, mais il me fut absolument impossible, malgré des tentatives réitérées et prolongées, de la mettre en état de sommeil hypnotique : elle n'était plus hypnotisable (1).

Il faut remarquer à ce propos que les malades qui ne sont pas hypnotisables peuvent cependant quelquefois être accessibles à certaines suggestions à l'état de veille et guérir de leurs maux avec des pilules de mie de pain, des granules homéopathiques ou de l'eau de Lourdes.

Nous en avons eu ces jours-ci un très remarquable exemple dans le service. Il nous a été fourni par une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de polyarthralgie hystérique, simulant à s'y méprendre un rhumatisme articulaire aigu. Après avoir employé sans succès des doses assez fortes d'antipyrine et de salicylate de soude, nous avons essayé vainement d'hypnotiser la malade pour la débarrasser par suggestion des douleurs qu'elle éprouvait. Cela n'empêcha pas que, quelques jours plus tard, nous avons réussi à la guérir brusquement en lui donnant, avec le cérémonial d'usage, quelques pilules de *mica panis*. Son observation, recueillie par M. E. Bitot, me paraît assez instructive pour mériter de vous être communiquée *in extenso* :

OBSERVATION I. — *Polyarthralgie hystérique; guérison par l'emploi de pilules de « mica panis »*. — Félicie Par..., dix-huit ans, domestique, est entrée à l'hôpital Saint-André le 5 novembre 1890.

Antécédents héréditaires : Grand-père paternel mort à soixante-huit ans de rhumatismes; *père* mort à soixante-neuf ans d'une fluxion de poitrine; pas d'alcoolisme;

Mère âgée de cinquante ans; rhumatisante; tempérament calme; jamais d'attaques de nerfs; une *sœur* de vingt-neuf ans, très nerveuse, sujette à des attaques d'hystérie sans perte de connaissance; une autre *sœur*, de vingt-quatre ans, a des crises convulsives hystériques avec perte de

1 La résistance qui rend l'hypnotisation impossible peut être volontaire. M. Masoin a raconté dans la discussion sur les dangers de l'hypnotisme, à l'Académie de médecine de Belgique, le fait suivant, qui a été observé par M. Beaunis : « On amena un jour au docteur Liébeault un enfant indolent et paresseux dont on ne pouvait rien faire. M. Liébeault l'endormit et lui suggéra de bien s'appliquer et de travailler. Tout alla bien pendant quelque temps, et l'enfant faisait merveille. Mais, au bout de quelques mois, les habitudes de paresse reprirent le dessus. Les parents voulurent essayer du même moyen, mais on se heurta à un obstacle inattendu; l'enfant ne voulut absolument pas se laisser endormir; il avait travaillé parce qu'il y avait été forcé par la suggestion qui lui avait été faite, mais il avait travaillé à contre-cœur et ne voulait pas s'exposer à recommencer. Il était, comme Figaro, paresseux avec délices, et toutes les exhortations de ses parents restèrent sans effet sur lui. »

connaissance; une troisième *sœur*, de vingt-deux ans, est assez calme et n'a jamais eu d'accidents nerveux; une *tante paternelle* morte paralysée à cinquante-deux ans.

Antécédents personnels : Coqueluche dans le bas âge. Rougeole à six ans. De six à neuf ans, fièvres paludéennes à marche irrégulière. De neuf à dix ans, gastralgie avec vomissements. La malade a été mise au régime lacté pendant six mois. Jamais d'hématémèse.

A dix ans (1882), *rhumatisme articulaire aigu*, principalement localisé aux genoux. Pendant six mois, elle est restée alitée sans exécuter de mouvements. Après la crise, la marche a été pénible par suite de la raideur des genoux. Les articulations ne sont devenues franchement libres, dit la malade, qu'au moment des grandes chaleurs. Pendant la convalescence, Félicie a eu de grands maux de tête et a ressenti fréquemment une boule qui, partant de la région ovarienne gauche, montait au cou et lui donnait une sensation de strangulation qui la gênait beaucoup. Cette sensation ne disparaissait qu'avec une crise de larmes.

En 1886 (quatorze ans), Félicie a eu une *attaque convulsive* avec perte de connaissance, à l'occasion de la mort de son père. Cette attaque dura uu quart d'heure. Pas de morsure de la langue ni de miction involontaire. Une deuxième attaque a éclaté en 1888 (seize ans), à l'occasion d'une fluxion de poitrine qu'eut sa sœur. En août 1890, troisième attaque, à la suite de la mort d'une cousine.

Ces deux dernières attaques ont eu la même durée que la première, avec perte de connaissance.

Félicie est très impressionnable, très gaie, et d'une espièglerie incomparable. La menstruation s'est établie à dix-sept ans régulièrement, mais en petite quantité chaque mois.

Histoire de la maladie : Le 3 novembre 1890, après une querelle avec ses maîtres, Félicie s'est couchée le cœur gros, pleurant beaucoup et ayant un fort mal de tête. La nuit fut très agitée, jusqu'à quatre heures du matin. A ce moment, le sommeil arriva. Vers six heures, notre jeune fille voulut se lever; mais quel ne fut pas son étonnement d'ouvrir à peine la paupière droite et d'avoir celle de gauche complètement close. En outre, le membre supérieur gauche, lourd et indolent, ne pouvait exécuter aucun mouvement volontaire. Néanmoins, la malade s'habilla comme elle put et se dirigea à tâtons vers sa cuisine. Ses maîtres, la voyant dans cet état, la montrèrent à leur médecin, qui conseilla l'entrée à l'hôpital.

Nous ajouterons que, pendant ou après la discussion avec ses maîtres, elle a eu la sensation de boule ovarienne, mais pas d'attaques.

État actuel, le 7 novembre 1890 : Félicie est de petite taille, mais fort bien constituée. La physionomie est ouverte et très intelligente. Le regard est vif et les réponses nettes et précises.

Nous l'examinons dans son lit, où elle est couchée dans le décubitus dorsal. L'état de la face attire tout d'abord notre attention.

Les paupières des deux yeux sont complètement fermées et immobiles. La malade ne peut les ouvrir. Ainsi, quand on lui demande de regarder un

objet, elle répond que cela lui est impossible « parce qu'elle ne peut ouvrir les yeux ».

Si on écarte les paupières, on s'aperçoit qu'elles sont le siège d'un spasme très intense qu'on ne surmonte qu'en exerçant un effort prononcé. On arrive alors à voir que les globes oculaires regardent directement en avant, que les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La sensibilité conjonctivale aux divers contacts est diminuée. Il n'existe, en fait de douleurs spontanées, que du picotement peu prononcé des globes, sans larmoiement. Les muscles moteurs des yeux sont probablement contracturés, car tout mouvement est aboli.

Quand les paupières sont ouvertes et qu'on place un objet quelconque devant les yeux, la malade prétend le voir si l'objet est en face, mais elle ne le voit plus s'il est placé par côté et à une petite distance, qui peut être évaluée à dix centimètres environ. Même remarque si l'objet est placé au-dessus ou au-dessous des globes.

Membre supérieur gauche : Le membre supérieur gauche occupe une position vicieuse. Le bras est en adduction et en contact avec le tronc; l'avant-bras, en demi-flexion sur le bras, repose tout entier sur l'abdomen, et la main, en flexion forcée sur le poignet, a les doigts fléchis, le pouce reposant sur la face externe de l'index.

Tout mouvement volontaire est impossible par suite de la contracture prononcée dont le membre entier est le siège, ainsi qu'on s'en assure en essayant d'imprimer des mouvements autour des articulations. Celles-ci sont un peu douloureuses, surtout celle de l'épaule, alors que l'examen ne décèle ni rougeur, ni tuméfaction, ni chaleur.

La malade prétend ressentir en outre dans toutes les masses musculaires des douleurs térébrantes très fortes qui empêchent le sommeil.

Membre supérieur droit complètement normal.

Membre inférieur gauche : Le membre inférieur gauche est dans l'extension complète. Le pied est à angle droit sur la jambe et les orteils dans leur situation ordinaire. On ne constate aucune modification extérieure. La malade ne peut exécuter de mouvement volontaire par suite de la contracture, qui empêche en même temps les mouvements communiqués. Les articulations ne sont pas douloureuses. Quelques douleurs térébrantes parcourent le membre tout entier sans être aussi aiguës que celles du bras.

Membre inférieur droit complètement normal.

En dehors de ces troubles, la malade accuse des douleurs de tête très violentes, sans type particulier, et des nausées qui la fatiguent beaucoup. La langue est rouge et humide, le pouls est normal (quatre-vingts pulsations à la minute). Température normale. Rien au cœur ni aux poumons.

Sensibilité : L'exploration de la sensibilité cutanée à la piqûre, au pincement et au contact révèle l'existence d'une anesthésie complète en manche de chemise de tout le membre supérieur gauche et une hypoesthésie généralisée de toute la moitié gauche du corps *(fig. 47)*. Les champs visuels, sont très notablement rétrécis *(fig. 48)*.

Les réflexes : Le réflexe rotulien gauche est brusque, mais peu étendu, à cause de la contracture; le droit est normal.

Le réflexe au chatouillement plantaire est plus fort à gauche qu'à droite, où il est normal.

Fig. 47. — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Félicie Par...

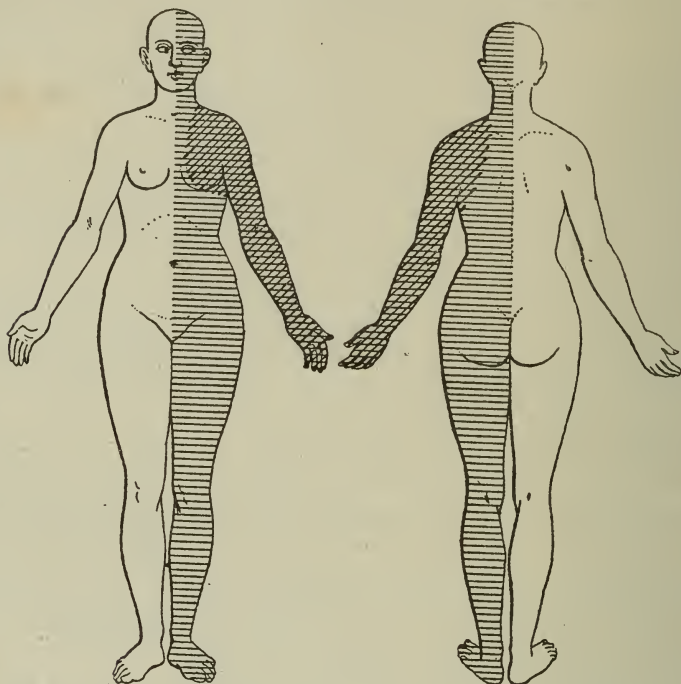
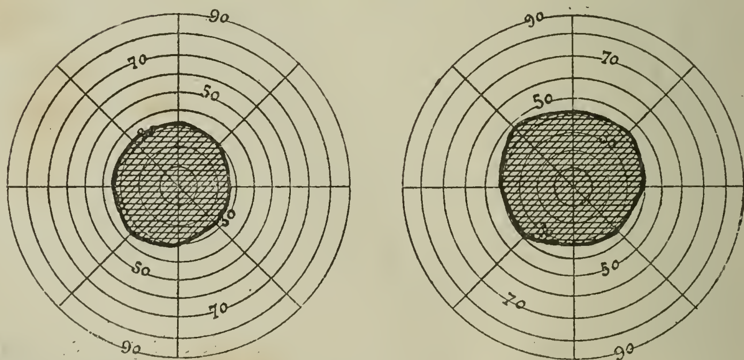


Fig. 48. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Félicie Par...



Réflexe de Rosenbach normal.

Réflexe pharyngien aboli.

Réflexes pupillaires (lumière et accommodation) normaux.

On prescrit un traitement composé de *frictions sur les membres* avec du *liniment térébenthiné* et une *potion à l'antipyrine* (trois grammes).

Le 8 novembre 1890. — A la visite du matin, la malade accuse de très vives douleurs dans les muscles du côté gauche. Les mouvements volontaires sont impossibles. Même état des membres.

Les paupières peuvent être ouvertes à demi par la malade. Les mouvements des globes sont en partie possibles. Même traitement.

Le 9 novembre. — Les paupières s'ouvrent tout à fait. Les mouvements des globes sont complètement recouvrés. Même état des membres.

Les 10, 11, 12 novembre. — Même état.

Le 13 novembre. — La malade accuse des douleurs articulaires très vives généralisées, sauf au membre supérieur droit. Les articulations examinées ne sont pas notablement tuméfiées; cependant celles des genoux, particulièrement du gauche, paraissent contenir une petite quantité de liquide, car la rotule est repoussée en avant et les culs-de-sac des triceps forment une saillie assez accentuée.

Température axillaire, matin.	38°.	Pouls, matin	100.
— — soir . .	38°5.	— soir.	115.

On supprime l'antipyrine et on la remplace par une potion avec quatre grammes de salicylate de soude. Frictions térébenthinées, membres enveloppés de ouate, etc.

Le 14 novembre. — Même état. Les articulations des membres inférieurs, et celles du membre supérieur gauche, sont tellement douloureuses, spontanément et à la moindre pression, qu'il est impossible d'en pratiquer la palpation.

Les 15, 16, 17, 18, 19, 20 novembre. — Même état, même traitement. La température est tout à fait normale. Pouls à 75.

Le 21 novembre. — Les douleurs se sont étendues aux articulations des mâchoires; les moindres pressions sur les masses musculaires des membres, et même le pincement des plis de peau, sont extrêmement douloureux. Aussi marque-t-on six grammes de salicylate de soude, la malade n'en ayant été nullement incommodée les jours précédents.

Le 26 novembre. — Le salicylate de soude n'ayant amené aucune amélioration, on le supprime complètement, et on suspend tout traitement.

Le 2 décembre. — Les douleurs persistant avec la même intensité, on tente inutilement d'hypnotiser la malade par la fixation du regard et par l'audition prolongée du tic-tac d'une montre.

Le 3 décembre. — A la visite du matin, M. Pitres demande à la malade si elle est bien décidée à guérir et si elle supporterait les ennuis probables que provoquerait un médicament énergique mais sûr. Sur la réponse affirmative et déterminée de Félicie, on lui dit qu'un pharmacien de la ville va être chargé de la préparation de pilules spéciales.

Le 4 décembre. — Les pilules sont apportées. Elles sont composées de mie de pain. On indique à la malade la façon de les prendre en lui disant que peut-être elle éprouvera quelques désordres du côté de la tête, de

l'estomac ou de l'intestin, dont elle ne devra pas trop se préoccuper; mais que cependant, si des vertiges ou des vomissements se manifestaient, il faudrait suspendre l'emploi du remède. Dose : trois pilules par jour.

Le 5 décembre. — La malade a été très soulagée. Meilleure nuit. Un peu de douleurs gastriques. Traitement continué.

Le 7 décembre. — La malade ne souffre plus du tout et remue un peu ses membres, dont la palpation peut être pratiquée plus aisément. Traitement continué.

Le 8 décembre. — La malade peut se tenir debout, mais pas marcher. Cessation complète des douleurs dans les membres; la céphalée persiste.

Le 9 décembre. — Même état. Sensations de picotements dans toute la tête.

Le 10 décembre. — Le membre supérieur gauche est devenu presque complètement libre. Les doigts sont encore dans une demi-flexion avec demi-contracture. On peut les étendre en exerçant un léger effort, mais ils reviennent immédiatement dans leur position primitive.

Les mouvements volontaires de l'épaule sont seuls possibles, en partie, surtout pour l'élévation.

Détail curieux : la position dans laquelle on place le membre est parfaitement conservée par la malade sans qu'elle en ressente la moindre fatigue. Ainsi on peut placer le membre supérieur gauche dans l'extension complète, sans que la malade en soit gênée et sans qu'il quitte cette position.

La malade l'a maintenu dans l'extension complète pendant une heure et demie. Elle l'aurait tenu ainsi plus longtemps encore; mais l'élève chargé de surveiller l'expérience n'a pu rester.

Ces remarques sont toutes applicables au *membre inférieur gauche*. La malade l'a maintenu quarante-cinq minutes dans l'extension complète, sans en être incommodée.

Le *membre inférieur droit* est plus libre que le gauche et conserve moins bien les positions. Il n'a pu rester dans l'extension que dix minutes.

Le membre supérieur droit n'a jamais conservé les diverses positions plus de quatre à cinq minutes.

Si on souffle ou si on malaxe les membres, la contracture n'est pas augmentée. On supprime l'emploi des pilules.

Le 11 décembre. — La secousse brusque du membre supérieur gauche produit une contracture très manifeste, et le membre reste dans la position qu'on lui donne.

Le 20 décembre. — On fait une séance de courants faradiques d'une demi-heure. Les muscles se contractent bien. Après la séance, la malade peut marcher et se servir de son bras pour manger, mais les mouvements se font avec une extrême lenteur.

Le champ visuel est toujours très rétréci des deux côtés.

Les séances sont continuées les jours suivants. Après la septième, les mouvements sont à peu près normaux. La malade porte facilement sa main gauche derrière son lit pour prendre un objet placé sur sa planchette.

On continue pendant une quinzaine de jours en constatant une amélioration très grande après les séances. On constate, en outre, que les membres ne conservent plus les positions dans lesquelles on les met à mesure que le mieux se produit.

La guérison étant complète, on cesse tout traitement, et la malade sort pour faire un séjour à la campagne.

Le 2 février 1891. — Félicie revient dans le service pour demander un conseil. Elle se plaint de quelques douleurs d'estomac. Son bras gauche placé dans l'extension reste douze minutes, puis tombe petit à petit, par suite de la fatigue éprouvée par la malade.

Le champ visuel est normal pour les deux yeux. Le réflexe pharyngien reste aboli.

On peut donc guérir par suggestion (car il est bien évident que les pilules de mie de pain n'agissent pas autrement) des malades non endormis et non hypnotisables. Mais il faut reconnaître que l'hypnose est une condition favorable au succès de la cure, parce que chez la plupart des sujets elle exalte la suggestibilité. Toutefois, ainsi que nous allons le voir, son action n'est pas infaillible.

2° Dans un certain nombre de cas, en effet, les malades qu'on voudrait traiter par l'hypnothérapie sont hypnotisables mais non suggestibles. On les endort facilement; on leur ordonne avec toute l'autorité voulue de guérir, et quand on les réveille on s'aperçoit que leur mal est resté tel qu'il était avant le sommeil.

MM. Fontan et Segard ne paraissent pas avoir observé de cas de ce genre.

« On peut poser en principe, disent-ils, que toutes les fois que l'on endort un patient, la suggestion produira chez lui des effets avantageux. Elle ne guérira pas toujours, elle n'abolira même pas constamment, d'une façon complète et définitive, les souffrances, les réflexes pénibles, etc., dont se plaint le malade, mais elle les calmera au moins momentanément, même dans les cas les plus rebelles, avec beaucoup plus de sûreté que la morphine ou le bromure de potassium[1]. »

J'ai le regret de ne pouvoir partager cette opinion. Je suis sûr que beaucoup d'hystériques hypnotisables ne retirent aucun profit des suggestions qu'on leur donne pendant le sommeil hypnotique, et je vais vous le prouver sur une de nos malades.

Jeanne R... est en traitement, depuis deux mois, pour une paraplégie hystérique avec tremblement trépidatoire du membre inférieur droit. Elle est très facilement hypnotisable. Je l'endors en

[1] Fontan et Segard, *Éléments de médecine suggestive*. Paris, 1887.

quelques secondes, par la fixation du regard. Contrairement à ce qui se passe chez la plupart des autres malades, les troubles de la motilité ne sont pas modifiés par le fait de l'intervention de l'hypnose. La paralysie des membres inférieurs et le tremblement du membre inférieur droit persistent comme à l'état de veille. Cependant, Jeanne R... est bien endormie; ses paupières sont closes, agitées par le petit frémissement qui survient d'ordinaire pendant les états hypnotiques ; ses membres supérieurs, soulevés, conservent les attitudes qu'on leur donne; ils se contracturent sous l'influence des excitations légères de la peau. Mais on ne peut faire accepter à la malade aucune suggestion. Je lui ordonne de soulever ses jambes, elle ne peut y réussir; je lui dis qu'elle est guérie, qu'une fois réveillée elle pourra marcher sans difficultés, tout est inutile; enfin, je la réveille en lui soufflant sur les globes oculaires, et vous pouvez constater qu'il n'y a rien de changé dans son état.

3° Chez certains malades hypnotisables et suggestibles, la suggestion provoque la disparition immédiate des accidents; mais après quelques heures ou quelques jours, ces accidents se reproduisent avec les mêmes caractères et quelquefois avec plus de ténacité qu'auparavant. Dans le courant de l'année dernière j'ai été appelé à donner des soins à une jeune fille de vingt ans atteinte depuis son enfance d'incontinence nocturne d'urines. On avait tenté inutilement toutes sortes de traitements médicamenteux. La mère de la malade, ayant entendu parler des cures obtenues par l'hypnotisme, voulait essayer de cette méthode. La jeune fille était hémi-hypoesthésique gauche; elle avait de temps en temps des attaques de sanglots; son réflexe pharyngien était aboli. On pouvait penser qu'elle était atteinte d'hystérie fruste, et il était légitime d'espérer que l'hypnothérapie lui rendrait quelques services. Je l'hypnotisai sans difficultés en lui faisant fixer pendant quelques minutes un diamant : je lui donnai la suggestion qu'elle n'urinerait plus au lit, et je la réveillai. Pendant un mois, elle n'eut pas d'incontinence. Tout le monde se félicitait déjà du résultat obtenu; mais, après quatre semaines, elle recommença à uriner au lit. On me la ramena : je renouvelai la suggestion, et l'incontinence disparut encore pendant une semaine; puis la suggestion n'eut plus aucun effet, la malade recommença à uriner au lit. J'essayai de lui suggérer de se réveiller toutes les nuits, à

une heure déterminée; cet ordre ne fut pas exécuté régulièrement et, après plusieurs mois de traitement, il devint évident que la suggestion n'avait plus aucun effet utile.

Le retour précoce ou tardif des accidents momentanément supprimés par la suggestion hypnotique est si fréquent qu'il doit entrer en ligne de compte dans les jugements portés sur la valeur thérapeutique de la médecine suggestive. Les statistiques publiées par les spécialistes de l'hypnotisme ne correspondent certainement pas exactement à la réalité, parce qu'elles donnent comme *guéris* un grand nombre de malades qui ne sont que *blanchis*. Quand on examine les choses de sang-froid, quand on suit assez longtemps les malades, on s'aperçoit que la plupart d'entre eux rechutent après un temps plus ou moins long.

J'ai soigné, l'an dernier, une dame du Lot-et-Garonne âgée de trente-six ans, qui, depuis huit ans, prenait chaque jour quatre-vingts centigrammes de chlohrydrate de morphine en injections hypodermiques. C'était une hystérique à attaques, qui souffrait d'une ovaralgie persistante. La suggestion hypnotique fit merveille. Dès les premières séances la malade cessa de souffrir de la région ovarienne, et elle diminua rapidement le nombre des injections. Quand elle fut tout à fait sevrée de morphine, je la renvoyai chez elle après lui avoir suggéré que jamais plus, sous aucun prétexte, elle ne se ferait elle-même d'injections hypodermiques. Elle partit. Je la croyais tout à fait guérie; mais je la rencontrai il y a six mois environ et elle m'avoua, qu'à peine arrivée dans son pays, elle avait eu quelques douleurs du ventre, qu'elle avait fait appeler son médecin ordinaire pour la soulager, mais que, les souffrances se prolongeant, elle avait trouvé plus commode de recommencer à se piquer elle-même. En fin de compte, elle prenait soixante centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour.

4° Il est encore un autre inconvénient de la méthode hypnothérapique dont les auteurs ne font pas mention et dont j'ai vu cependant quelques exemples très précis. Il arrive parfois qu'un accident supprimé par suggestion est remplacé par un autre accident plus désagréable que le premier, de telle sorte que les malades, qui ont en somme perdu au change, viennent demander en grâce au médecin de leur rendre le mal qu'ils avaient primitivement.

Je viens de vous dire que j'ai vu plusieurs cas de ce genre. Une

fois, il s'agissait d'une dame atteinte de vomissements incoercibles dont la prolongation devenait inquiétante. Elle avait été antérieurement hypnotisée à diverses reprises par un médecin. Après avoir employé sans succès une foule de médicaments, je l'hypnotisai et lui suggérai de ne plus vomir. La suggestion s'accomplit très bien. Dès le lendemain, la malade avala sans répugnance du lait, du potage, des œufs, et même des aliments solides qu'elle digéra fort bien. Mais, les jours suivants, elle souffrit de maux de tête d'une violence excessive. Je les fis passer par suggestion; alors les vomissements reparurent, et pendant plus de quinze jours, il me fut impossible de suspendre à la fois la céphalée et les troubles gastriques.

Une de nos hystériques que j'ai eu souvent l'occasion de vous montrer, Albertine M..., a eu plusieurs fois de ces substitutions d'un accident à un autre.

Elle est sujette, vous vous en souvenez sans doute, à des attaques de sommeil qui la surprennent inopinément n'importe où, et qui constituent pour elle une véritable infirmité. Le 3 avril 1884, elle vint me supplier de la débarrasser de ces attaques. Je l'endormis et lui suggérai que pendant trois mois consécutifs elle n'en aurait pas une seule. Pendant les premiers jours tout alla très bien, mais vers la fin du mois d'avril elle commença à être fatiguée, énervée. Elle perdait ses idées, ne savait plus ce qu'elle faisait, était inconsciente de ses actes. Elle passait toute la matinée à faire et à défaire son lit. Elle était incapable de préparer les aliments de son mari. De temps en temps, plusieurs fois par jour, elle éprouvait les sensations prodromiques de ses attaques de sommeil (boule ovarienne, langueur d'estomac, serrement des tempes), mais elle ne s'endormait pas. Bref, elle vint me supplier de lui rendre « ses sommeils » en disant que, si son état ne se modifiait pas, elle allait devenir tout à fait folle. Je l'endormis, et j'enlevai la suggestion. Les jours suivants, les attaques de sommeil reparurent et les troubles de l'esprit se dissipèrent rapidement.

Un an plus tard, je fis une nouvelle tentative. Je suggérai à la malade qu'elle n'aurait plus d'attaques de sommeil et que malgré cela elle n'aurait pas les phénomènes de fatigue cérébrale qu'elle avait eus précédemment. Cela se passait le 21 février 1885. Le 6 avril on me ramenait la malade. Elle ne s'était pas endormie depuis deux semaines, elle n'avait pas de troubles psychiques, mais elle avait continuellement dans les membres et dans le tronc des secousses

épileptoïdes qui l'empêchaient de se livrer à aucun travail, de manger, de boire et même de dormir. Ces secousses disparurent après l'enlèvement de la suggestion et le retour des attaques de sommeil.

En résumé, Messieurs, la thérapeutique hypno-suggestive n'est applicable qu'à un nombre limité de cas. Elle compte à son actif des succès incontestables; aussi faut-il savoir l'employer à l'occasion. Mais il ne faudrait pas lui demander plus qu'elle ne peut donner et l'appliquer systématiquement au traitement de toutes les maladies. Et pour résumer mon opinion en quelques mots je vous dirai : Usez de la suggestion, n'en abusez pas; restez médecins, ne devenez pas hypnotiseurs.

APPENDICE

I. — OBSERVATION DE JEANNE M...

HYSTÉRIE CONVULSIVE, PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES

(*Rédigée d'après les notes recueillies par* M. le Dr Blanc-Fontenille.)

SOMMAIRE

Jeanne M..., vingt et un ans, lisseuse. — *Antécédents héréditaires et pathologiques.* Accidents infantiles; début de la maladie, première attaque convulsive à la suite d'une querelle de famille.

Étude de la malade dans le service.

PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DE VEILLE.

§ 1. Fonctions organiques; § 2. Sensibilité; § 3. Myotilité; § 4. Intelligence; § 5. Attaques convulsives spontanées et provoquées, zones spasmogènes et spasmo-frénatrices.

DEUXIÈME PARTIE : ÉTATS HYPNOTIQUES.

I. État cataleptoïde les yeux fermés. § 1. Modes de production, zones hypnogènes. § 2. Symptômes: *a)* Phénomènes musculaires (plasticité cataleptique, motilité volontaire, contractures provoquées); *b)* Phénomènes sensitifs (hémianesthésie gauche, haphalgésie, prise de l'ouïe); *c)* Phénomènes psychiques (suggestions portant: 1° sur les sens spéciaux; 2° sur la sensibilité générale; 3° sur la motricité; 4° sur l'intelligence; 5° suggestions d'actes; 6° suggestions de phénomènes morbides; 7° zones idéogènes). § 3. Procédés pour faire cesser l'état cataleptoïde les yeux fermés). § 4. Phénomènes consécutifs au réveil (suggestions prolongées, suggestions à échéances).

II. État cataleptoïde les yeux ouverts. § 1. Modes de production. § 2. Symptômes spéciaux.

III. États léthargiques. § 1. Modes de production. § 2. Symptômes de la petite léthargie et de la léthargie profonde. § 3. Modes d'arrêt; zones léthargo-frénatrices; § 4. Phénomènes consécutifs à la cessation de la léthargie.

Jeanne M..., née à Langon (Gironde), âgée de vingt et un ans, exerçant la profession de lisseuse, est entrée à l'hôpital Saint-André (salle 7, lit 5), le 17 mars 1885.

Antécédents héréditaires. — La malade a perdu son *grand-père paternel* il y a trois ans; il était âgé de quatre-vingt-quatre ans. Sa *grand'-mère* est morte il y a un mois environ, à l'âge de quatre-vingts ans. Ils avaient joui toute leur vie d'une parfaite santé et n'avaient jamais présenté aucun accident nerveux.

La *grand'mère maternelle* de Jeanne est encore vivante; elle est âgée de soixante-dix ans. Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, mais elle a toujours été très émotive.

Son père, âgé de cinquante-six ans, est bien portant; il n'est ni nerveux ni violent. Il a eu deux frères et deux sœurs. Des deux frères, l'un est mort à l'âge de trente-cinq ans (il y a sept ans de cela) d'une maladie de poitrine; l'autre a maintenant soixante ans et se porte très bien. Des deux sœurs, l'une, âgée de cinquante ans, jouit d'une bonne santé; l'autre est morte à l'âge de vingt ans d'une maladie que Jeanne ne peut pas spécifier. Elle avait, paraît-il, pendant sa vie des attaques fréquentes tout à fait semblables à celles dont sa nièce a été atteinte depuis.

La *mère* de Jeanne est un enfant naturel; elle est âgée de quarante-deux ans et relativement bien portante. Depuis très longtemps elle mange peu et boit plus d'un litre de café par jour. Elle est d'un caractère extrêmement violent : la moindre des choses l'irrite et la met en colère. Elle n'est pas sujette à des crises nerveuses.

Jeanne a une *sœur,* âgée de vingt-trois ans, qui est très molle, et un grand nombre de *cousins* et de *cousines* qui jouissent d'une bonne santé. Pas d'aliénés ni d'épileptiques dans la famille.

Antécédents personnels. — Pendant toute la durée de la première enfance, Jeanne était chétive et maladive. Elle était, dit-elle, tourmentée par les *vers* (?) qui furent à plusieurs reprises la cause de véritables *convulsions.* A l'âge de six ans, *variole.* A huit ans, à la suite d'une attaque de vers (?), *paralysie de la motilité et de la sensibilité dans tout le côté gauche du corps.* Pendant deux mois, l'hémiparalysie fut complète. Le mouvement et la sensibilité reparurent ensuite peu à peu, mais le côté gauche est toujours resté plus faible que le droit. A neuf ans, *scarlatine. Menstruation* à treize ans. Après une première apparition des règles, il y eut une suspension de la menstruation pendant un an. A partir de quatorze ans, les règles sont venues irrégulièrement. A treize ans, Jeanne fut placée en apprentissage chez une lisseuse. De treize à dix-neuf ans, elle souffrit souvent de *névralgies.* A dix-neuf ans, elle eut pendant six mois consécutifs des *vomissements* qu'on attribua à une gastrite : elle vomissait, dit-elle, tout ce qu'elle prenait, sauf les œufs crus.

La *première attaque d'hystérie* est survenue à dix-neuf ans et demi dans les circonstances suivantes :

Depuis un an, Jeanne était en querelle avec ses parents, au sujet d'un jeune homme qu'on voulait obstinément lui faire épouser et qu'elle n'aimait pas. Pour la punir de son entêtement, on la soumettait à toutes sortes de mauvais traitements. Une fois, on la retint pendant trois mois enfermée dans une chambre, et pendant trois semaines on ne lui donna que du pain et de l'eau. Ce régime ne modifia pas ses sentiments, et, le 18 juin 1883, à la suite d'une explication catégorique, sa mère la battit et la mit à la porte. Elle eut alors une *attaque de nerfs* très violente qui dura deux heures. A partir de cette époque, des attaques semblables se produi-

sirent fréquemment, le plus souvent à l'occasion de contrariétés, surtout lorsque ces contrariétés survenaient aux époques menstruelles.

Chassée de la maison paternelle, Jeanne fit bientôt la connaissance d'un jeune homme dont elle devint la maîtresse. Elle resta quelques mois avec lui; puis on la fit entrer dans un couvent; ensuite, elle vint à Bordeaux où elle prit un second amant, avec lequel elle vécut assez tranquille jusqu'au mois de janvier 1885. A cette époque, son amant la quitta. Elle en fut très peinée et chercha à s'empoisonner en avalant une dizaine de grammes de chloroforme qu'elle s'était procuré quelques jours auparavant, pour calmer des douleurs de dents. L'ingestion de cette petite quantité de chloroforme fut suivie d'une vive sensation de brûlure dans l'estomac, mais elle ne produisit aucun accident sérieux.

A partir de ce moment, les crises de nerfs devinrent cependant plus fréquentes, et c'est pour obtenir leur guérison que la malade entre à l'hôpital le 17 mars 1885.

ÉTUDE DE LA MALADE DANS LE SERVICE

PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DE VEILLE.

§ 1. **Fonctions organiques.** — Jeanne est d'une taille au-dessous de la moyenne; son corps est bien proportionné et ne présente aucune déformation ni congénitale ni acquise. Elle a de l'embonpoint; ses seins sont volumineux, son teint rosé, ses yeux vifs, son visage expressif.

Interrogée sur les accidents pour lesquels elle est venue à l'hôpital, elle répond qu'elle a fréquemment des attaques de nerfs et qu'elle souffre toujours d'une douleur intercostale au-dessous du sein gauche et des deux côtés du bas-ventre, surtout du gauche.

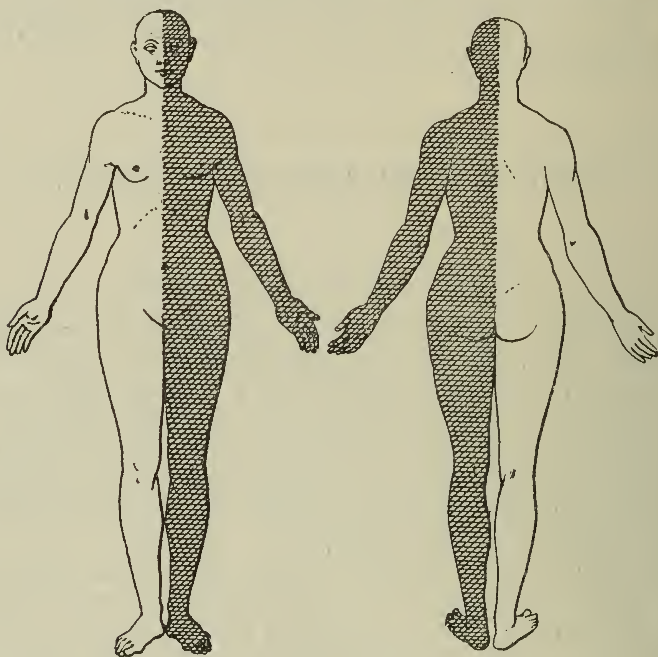
L'exploration des grands appareils organiques ne donne guère que des résultats négatifs. L'*appétit* est irrégulier, capricieux, mais les digestions sont faciles; le *cœur* n'est pas augmenté de volume; pas de bruits de souffle; le *pouls* est normal, régulier (68); la *respiration* est calme, pas de toux; l'exploration physique de la poitrine ne révèle aucune lésion du parenchyme pulmonaire.

Le *ventre* est souple; les deux régions ovariennes sont douloureuses à la pression, mais on ne sent à leur niveau aucune dureté, aucune tumeur; l'*utérus* est normal; la *menstruation* est, depuis deux ans, très régulière; les règles sont peu abondantes, elles durent deux jours; l'écoulement menstruel est pâle; pas de pertes blanches habituelles.

§ 2. **Sensibilité.** — Sur toute la moitié droite du corps, la *sensibilité cutanée* est normale : le contact, le chatouillement, le pincement, la piqûre, la température, tout est perçu avec une parfaite netteté.

Toute la moitié gauche du corps est *analgésique (fig. 49),* on peut traverser la peau de part en part avec une grosse épingle, la pincer, la brûler sans que la malade ressente de douleur. Le contact léger, le frôlement, le chatouillement sont cependant perçus à peu près aussi bien qu'ils le seraient du côté droit. Ainsi, la malade, les yeux fermés, reconnaît, à l'aide des seules sensations fournies par le toucher, les objets qu'on place dans sa main : un peloton de fil, un bouton, une boulette de pain; elle distingue la nature d'une étoffe, trouve une pièce d'un franc au milieu d'une poignée de sous, et cependant, si on vient à traverser la pulpe de ses doigts avec une aiguille, elle n'en éprouve aucune douleur. Elle reconnaît la température des corps :

Fig. 49. — Distribution topographique de l'analgésie cutanée chez Jeanne M...



si on place ses deux mains sur un même corps chaud ou froid, la sensation est perçue des deux côtés, elle est seulement plus vive du côté droit que du côté gauche. Les températures extrêmes sont douloureuses du côté droit et indolentes du côté gauche.

Le chatouillement est perçu des deux côtés, mais avec une intensité inégale : la malade supporte facilement le chatouillement de la plante du pied gauche, tandis qu'elle se recule vivement si on vient à chatouiller la plante du pied droit.

Il n'y a pas d'haphalgésie à l'état de veille.

L'analgésie n'est pas limitée à la peau : elle s'étend aux tissus profonds

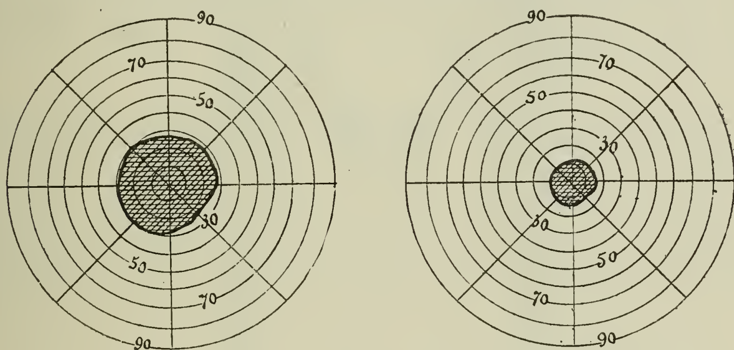
(muscles, périoste), de telle sorte qu'on peut frapper fortement sur les os ou sur les masses musculaires sans provoquer de douleur. La faradisation très intense des muscles détermine cependant une sensation désagréable que le malade traduit en disant que le courant est trop fort.

L'analgésie s'étend aussi aux *muqueuses :* les excitations de la conjonctive oculaire, de la muqueuse nasale ou buccale du côté gauche sont perçues comme de simples contacts et ne provoquent pas de douleur. Les muqueuses pharyngienne et laryngienne paraissent être totalement anesthésiques, car on peut enfoncer profondément le doigt dans le pharynx, frotter l'épiglotte, pénétrer dans l'orifice supérieur du larynx sans que la malade en soit incommodée et sans qu'elle ait de nausées.

L'*ouïe* est notablement plus faible du côté gauche que du côté droit. Le tic-tac d'une montre est perçu jusqu'à 60 centimètres de l'oreille droite; il cesse d'être perçu au delà de 25 à 30 centimètres de l'oreille gauche.

L'*odorat,* normal à droite, est presque totalement aboli à gauche. La

Fig. 50. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Jeanne M..



narine droite étant fermée, la malade ne peut pas reconnaître l'odeur de l'éther, de l'acide acétique, de l'ammoniaque. Cette dernière substance provoque un sentiment de piqûre au fond du nez, mais pas de sensation olfactive.

Le *goût* est très émoussé du côté gauche. La malade ne perçoit aucune saveur quand on place sur la moitié gauche de sa langue du sel, du poivre, de la coloquinte, etc.

Contrairement à ce qui a lieu pour les autres sens, la *vue* est plus faible du côté *droit* que du côté gauche. Le champ visuel est plus rétréci du côté droit que du côté gauche *(fig. 50).* Les papilles sont normales. Il n'y a pas de daltonisme.

Aucun des moyens esthésiogènes que nous avons employés chez Jeanne n'a pu modifier d'une façon appréciable la sensibilité. Les métaux (or, argent, cuivre, fer, acier, plomb, zinc, laiton, etc.), les sinapismes, les frictions cutanées, l'aimant, la faradisation ou la galvanisation locales,

l'électrisation statique n'ont eu aucun effet. Après comme avant l'emploi de ces moyens, la malade était hémi-analgésique gauche.

§ 3. **Myotilité.** — L'appareil musculaire est bien développé et tous les mouvements volontaires sont exécutés avec l'énergie et la précision normales.

La mensuration dynamométrique des forces donne :

Main droite..............	28 kil.	Membre inférieur droit ...	20 kil.
Main gauche..............	18 kil.	Membre inférieur gauche..	21 kil.

Le *sens musculaire* est bien conservé. La malade se rend parfaitement compte de la position qu'occupent ses membres. Les yeux fermés, elle porte sans hésitation le bout de l'index droit ou gauche sur le nez, elle attrape ses talons, etc.

Les réflexes rotuliens sont normaux des deux côtés.

Les secousses brusques des membres, la percussion directe des tendons ou des muscles, la malaxation des masses musculaires, les excitations superficielles de la peau ne provoquent pas de contracture musculaire permanente. La faradisation des muscles provoque des contractions normales qui cessent aussitôt que le courant électrique est interrompu, comme cela a lieu chez les sujets sains.

§ 4. **Intelligence.** — Jeanne paraît avoir une intelligence vive. Elle a une excellente mémoire. Elle comprend facilement ce qu'on lui dit. Elle sait lire et écrire correctement.

On peut lui faire accepter quelques suggestions à l'état de veille. Si, par exemple, on la prie de serrer un objet et si, pendant qu'elle exécute cet ordre, on lui dit très vivement : « Vous ne pouvez plus lâcher cet objet, » sa main reste contracturée jusqu'à ce qu'on lui ait dit qu'elle pouvait l'ouvrir.

§ 5. **Attaques convulsives.** — Jeanne a souvent des *attaques convulsives spontanées*. Elle peut aussi avoir des *attaques provoquées*.

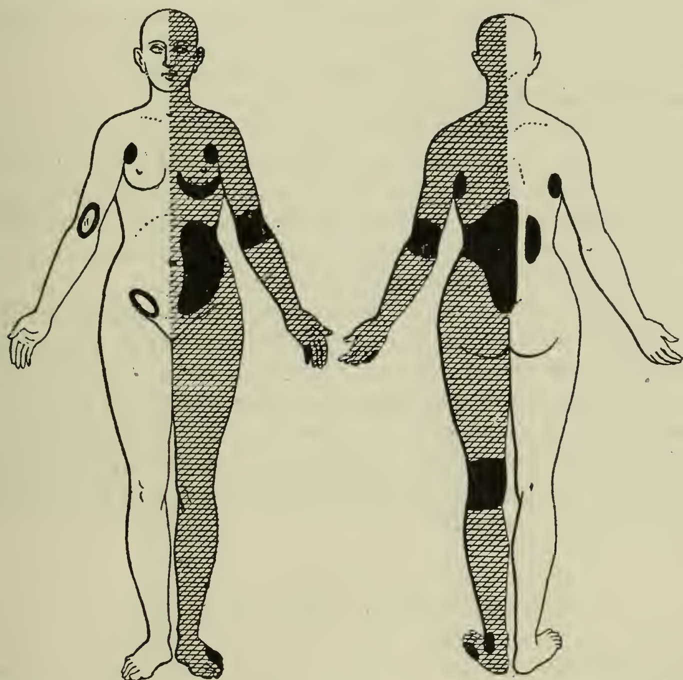
a) Les **attaques spontanées** sont toujours précédées d'une *aura* dont la durée totale varie de un quart d'heure à deux heures. Le premier phénomène de l'aura est une *douleur constrictive* à la région du cœur. Cette douleur, d'abord peu intense, augmente petit à petit. Elle provoque alors une sensation très pénible d'*étouffement*. « Il me semble, dit la malade, qu'on me serre violemment le cœur et que je vais étouffer. » En même temps que la douleur cardiaque augmente, Jeanne devient triste, sombre, taciturne. Elle a envie de pleurer, sans savoir pourquoi, car ce n'est pas la douleur qui paraît être la cause immédiate de la tristesse.

A mesure que l'aura se prolonge, l'angoisse, la crispation augmentent. La malade a des frissons; elle grince des dents, mord son mouchoir ou ses draps; elle étire ses membres et promène autour d'elle des yeux hagards. Enfin, elle pousse un léger cri, et la période convulsive commence. Il est à noter qu'il n'y a pendant l'aura des attaques spontanées chez Jeanne aucune douleur ovarienne, aucune sensation de boule montant du bas-

ventre à l'estomac. Quelquefois même les douleurs cardialgiques que nous avons signalées font totalement défaut. L'aura est alors purement psychique. La malade éprouve un sentiment profond d'ennui, elle songe aux incidents les plus tristes de sa vie passée, elle pleure, et, finalement, les convulsions éclatent sans qu'elle ait éprouvé d'aura hystérogène ni ovarienne.

Les convulsions ont d'emblée le caractère clonique : il n'y a pas de phase épileptoïde. Dès le début, la malade se place en arc de cercle, puis elle s'agite, se roule de côté et d'autre, lance violemment ses pieds en l'air, à la hauteur du ciel de son lit, en poussant de temps en temps des cris aigus.

Fig. 51. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Jeanne M...



Pendant la durée des convulsions, la respiration est gênée, anxieuse, bruyante, comme si les muscles respiratoires étaient contracturés.

Quand les convulsions ont duré deux ou trois minutes, elles cessent tout à coup, pour recommencer de nouveau après un intervalle plus ou moins long. Pendant ces intervalles, la malade est tantôt contracturée de tout le corps; tantôt elle est en léthargie. L'attaque complète dure de vingt à trente minutes; elle se compose de cinq à neuf reprises successives des convulsions. Il n'y a pas de phase d'attitudes passionnelles ni de phase délirante.

Quand les convulsions sont terminées, la malade reste toujours en *état de sommeil hypnotique*, état dont elle ne peut sortir spontanément. Autre-

fois, il n'y avait pas d'hypnose post-convulsive; mais, depuis que la malade a été endormie artificiellement, cette hypnose est devenue un phénomène constant : toutes les attaques se terminent dans le sommeil hypnotique, soit à l'état léthargique, soit à l'état cataleptoïde les yeux fermés, et il faut réveiller la malade par les procédés qui seront indiqués plus loin pour qu'elle revienne à l'état de veille normal.

Après le réveil, Jeanne n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant l'attaque. Elle éprouve une assez grande lassitude, et il lui arrive quelquefois de pleurer abondamment.

Assez souvent, des contractures limitées et douloureuses de la main gauche, ou de la jambe et du pied gauches, ou de tout autre membre persistent après le réveil. Le souffle et les suggestions à l'état de veille sont incapables de les faire disparaître. Elles cessent assez vite (cinq à dix minutes) par la faradisation des muscles contracturés.

b) Les **attaques provoquées** ont les mêmes caractères que les spontanées; cependant elles sont en général moins violentes et moins longues. Ces attaques provoquées résultent de la compression des *zones spasmogènes* dont la topographie est indiquée sur le schéma ci-joint *(fig. 51)*. Toutes les zones spasmogènes de Jeanne sont profondes. Les plus actives sont celles du petit doigt gauche, du pli du coude gauche, de la région ovarienne gauche et des deux derniers orteils du pied gauche.

Qu'elles soient spontanées ou provoquées, les attaques convulsives de Jeanne peuvent toujours être arrêtées brusquement par la compression des *zones spasmo-frénatrices*. Nous en connaissons deux, l'une à la région du pli du coude droit, l'autre à la région ovarienne droite. Ces zones sont des spasmo-frénatrices simples, c'est-à-dire qu'elles ne font qu'arrêter les convulsions. Après leur action, la malade reste en état de sommeil hypnotique dont il faut la tirer soit par la compression des zones hypno-frénatrices, soit par tout autre moyen.

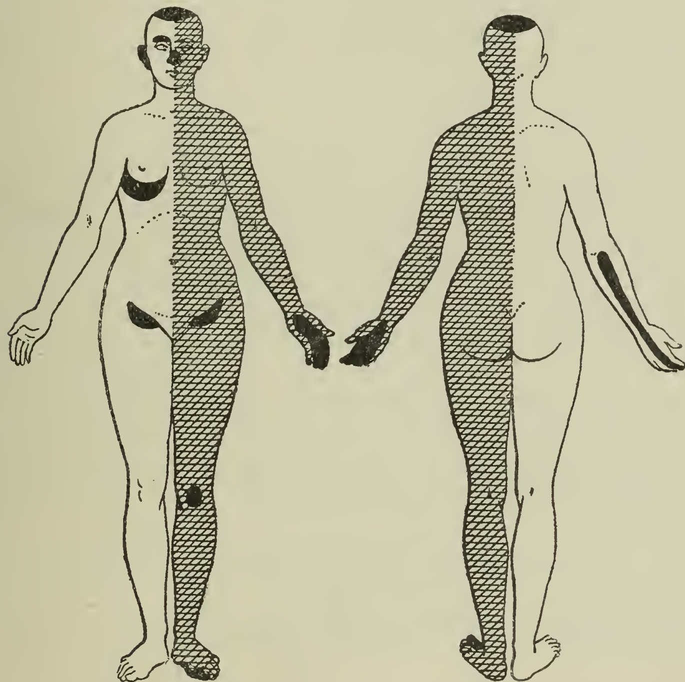
DEUXIÈME PARTIE : ÉTATS HYPNOTIQUES.

Les états hypnotiques qui peuvent, à notre connaissance, se produire spontanément ou être provoqués chez Jeanne sont : l'*état cataleptoïde les yeux fermés*, l'*état cataleptoïde les yeux ouverts* et deux variétés des *états léthargiques*.

I. ÉTAT CATALEPTOIDE LES YEUX FERMÉS. — § 1. Modes de production. — Jusqu'au mois de septembre 1884, Jeanne n'avait jamais eu d'attaques de sommeil spontané et n'avait jamais été endormie artificiellement. Ses attaques convulsives se terminaient brusquement, après la cessation des convulsions, par le retour immédiat à l'état normal, sans qu'il y eût de phase intermédiaire d'hypnose post-convulsive. Vers le mois de septembre, elle fit la connaissance de plusieurs étudiants en médecine. Un jour, ceux-ci l'endormirent par la fixation du regard et par la compression des

globes oculaires. Dès le premier jour, ils reconnurent qu'elle conservait les attitudes communiquées et qu'elle acceptait les suggestions. Mais ces manœuvres eurent une influence fâcheuse sur la santé de la malade, car, à partir de l'époque où elles furent pratiquées, le sommeil se produisit constamment à la suite des attaques convulsives, et, de plus, la malade eut fréquemment des *attaques de sommeil spontané*, sans convulsions antérieures. Ces attaques surviennent brusquement, sans aura. Quand on interroge Jeanne avec soin sur les circonstances qui précèdent leur début, on arrive à se convaincre que, dans la grande majorité des cas, ce

Fig. 52. — Zones hypnogènes de Jeanne M...



ne sont pas de véritables attaques spontanées, mais plutôt des états de sommeil développés sous l'influence immédiate d'une cause accidentelle. Ainsi, Jeanne s'endort elle-même et, pour ainsi dire, à son insu, en fixant un objet rapproché, en regardant attentivement une personne voisine, en lisant, en entendant un bruit imprévu, etc.

Pour provoquer chez Jeanne l'état cataleptoïde les yeux fermés, on peut employer plusieurs procédés également efficaces. Ce sont : la fixation du regard, la compression des globes oculaires, l'audition d'un bruit soudain ou monotone (la musique ne produit pas le sommeil), la compression des opercules des oreilles, l'excitation des zones hypnogènes dont la topographie est indiquée sur le schéma ci-dessus *(fig. 52)*. Toutes ces zones sont

profondes et à simple effet, c'est-à-dire qu'elles produisent d'emblée l'état cataleptoïde les yeux fermés et ne produisent pas, sous une pression plus forte, une autre phase du sommeil hypnotique.

§ 2. **Symptômes.** — Quel que soit le procédé employé, le début du sommeil est toujours annoncé par une petite inspiration brusque et sifflante et par l'occlusion des paupières. La malade, endormie, conserve la position qu'elle avait au moment précédent; elle ne s'affaisse pas sur elle-même : si elle était debout, elle reste debout. L'expression du visage n'a rien de particulier. Le cœur continue à battre régulièrement; la respiration est calme sans accélération ni ralentissement. La voix a un timbre particulier un peu différent de celui de l'état normal, et quand on est habitué à entendre parler la malade dans les deux états, on peut facilement reconnaître, rien qu'au son de sa voix, si elle est endormie ou éveillée.

A) **Phénomènes musculaires.** — Un des symptômes les plus frappants du côté de la motilité, c'est la *plasticité cataleptique.* Les membres, soulevés et abandonnés à eux-mêmes, restent immobiles dans la position dans laquelle on les a placés, pendant un temps relativement fort long, sans que la malade en éprouve la moindre sensation de fatigue. Il n'y a cependant pas traces de contracture : on peut porter les membres dans tous les sens, les fléchir, les étendre sans éprouver la moindre résistance.

Par suite de cette inertie des muscles, on peut donner à la malade les attitudes les plus incommodes, la faire tenir, par exemple, sur un seul pied, le corps incliné en avant, les bras en croix, et elle conserve ces attitudes sans que cela paraisse la fatiguer, jusqu'à ce qu'on modifie directement la position qu'on lui a donnée, ou qu'on lui dise de la modifier elle-même, ou qu'on souffle légèrement sur les membres, ce qui les fait retomber instantanément.

Tous les *mouvements volontaires* sont possibles. Si on prie la malade de se lever, de marcher, elle obéit aussitôt.

Les *forces* sont à peu près égales à l'état cataleptoïde et à l'état de veille. L'exploration dynamométrique fournit les chiffres suivants :

	État de veille.	État cataleptoïde.
	—	—
Main droite...........	23 kilos.	27 kilos.
— gauche..........	18 —	19 —
Membre inférieur droit...	20 —	17 —
— — gauche..	21 —	20 —

La *notion de position des membres* est parfaitement conservée des deux côtés. La malade peut, sans hésitation aucune, porter directement l'un de ses doigts sur son nez, attraper ses talons, etc.

Elle mesure aussi très exactement l'effort nécessaire pour l'accomplissement d'un acte déterminé; elle se rend compte du poids des objets, etc.

Le réflexe rotulien est assez faible des deux côtés. Du côté gauche, il est un peu plus faible que du côté droit.

Il n'y a pas chez Jeanne d'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, ou du moins la pression légère sur les masses musculaires, sur les tendons ou sur les troncs nerveux, ne détermine pas la contraction isolée des muscles sous-jacents. En revanche, certaines formes de *contractures provoquées* peuvent être produites chez elle sous des influences que nous allons indiquer.

a) Les **secousses brusques** imprimées à un membre déterminent aussitôt la contracture de tous les muscles du membre correspondant et même de ceux du membre symétrique, si la secousse a été très forte. Ainsi, si on saisit une des mains de Jeanne et qu'on lui donne un *shake hand,* tout le membre supérieur correspondant est pris d'une contracture diffuse qui l'immobilise dans l'extension. Si la secousse est violente, les muscles de l'épaule et du bras du côté opposé participent à la contracture, et si elle est très violente, la contracture s'étend à tous les muscles du corps. Qu'on ait agi sur le bras droit ou sur le bras gauche, les effets sont semblables, mais pour être également efficace la secousse doit être plus forte du côté gauche que du côté droit.

b) La **percussion des masses musculaires** est suivie d'une contracture immédiate non seulement des muscles directement excités, mais des muscles voisins. Ainsi, la percussion brusque de l'un des deltoïdes amène aussitôt la contracture de tout le membre supérieur correspondant, ainsi que celle des muscles de l'épaule et du cou. Sous l'influence de cette percussion, il n'y a pas de raccourcissement du deltoïde amenant l'élévation du bras : la contracture a lieu dans la position qu'occupait le membre au moment de l'expérience.

c) La **percussion des tendons** provoque aussi la contracture diffuse des membres. Un coup sec et brusque frappé sur l'un des tendons rotuliens détermine immédiatement la contracture diffuse des muscles de la jambe et de la cuisse du côté correspondant. Si le choc a été très fort, la contracture qui le suit peut même être généralisée à tout le corps.

d) La **pression ou la friction légère** de la plupart des points de la face ou du crâne ne provoque pas de contracture. Mais la pression ou la friction des régions massétérines ou sus-hyoïdiennes déterminent très rapidement une contracture violente des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, qui empêche absolument la phonation.

e) Les **excitations tout à fait superficielles de la peau** (souffle léger et continu, frôlement, chatouillement avec un pinceau très doux, etc.) ne déterminent pas de contracture lorsqu'elles sont faites sur le côté gauche (côté de l'hémianesthésie). Mais lorsque ces excitations atteignent un point quelconque de la peau de la moitié droite du corps, il en résulte une contracture diffuse qui s'étend très rapidement et se généralise en quelques secondes à tous les muscles du corps, aussi bien à ceux du côté gauche que du côté droit.

Le mode d'extension de la contracture est intéressant à observer.

Supposons que l'excitation provocatrice initiale ait pour siège l'avant-bras droit. Dès le début, la contracture s'empare des muscles du membre supérieur droit, puis elle gagne le membre inférieur droit, le membre supérieur

gauche, le membre inférieur gauche, les muscles du cou et des mâchoires. Tous les membres sont alors dans l'extension forcée. Mais les muscles du tronc ne sont pas complètement contracturés. A ce moment, la pression sur les zones spasmogènes pourrait encore déterminer l'explosion de l'attaque convulsive. Si on poursuit l'expérience en continuant l'excitation, la contracture devient d'une violence extrême : le tronc se recourbe en arc de telle sorte que la malade ne repose sur son lit que par les pieds et la tête. Son corps est raide comme une planche : on peut le soulever en totalité par un seul pied, ou encore le faire tenir dans le vide en plaçant une chaise sous les talons de la malade et une autre sous sa nuque. Les zones spasmogènes n'ont plus d'action. La respiration est gênée et difficile, la parole absolument impossible.

Arrivée à ce degré, la contracture ne peut pas durer indéfiniment. Elle persiste sans modifications appréciables pendant trois ou quatre minutes, puis la malade tombe tout à coup en état léthargoïde.

Les contractures limitées persisteraient beaucoup plus longtemps, peut-être même indéfiniment, si on ne les faisait disparaître.

Le procédé le plus simple pour les faire cesser consiste à souffler brusquement sur les régions où elles siègent. Il convient à ce propos de signaler quelques particularités intéressantes :

Les contractures *partielles* provoquées par la secousse des membres ou par la percussion des muscles ou des tendons cèdent immédiatement sous l'influence de l'insufflation brusque, quel que soit leur siège. Les muscles se détendent tout d'un coup et reprennent à l'instant même leur flaccidité normale.

Quand les contractures provoquées par les moyens que nous venons d'indiquer sont *généralisées*, on peut les faire cesser d'*emblée* en soufflant brusquement sur la poitrine ou sur l'épigastre, ou bien *successivement* en dirigeant le souffle sur les diverses masses musculaires contracturées. Mais si les contractures généralisées ont été produites par l'excitation limitée d'une région quelconque de la peau du côté droit du corps, l'insufflation sur les membres du côté gauche n'amène aucune modification appréciable dans la contracture des muscles sous-jacents. Pour rendre aux muscles leur flaccidité, il faut agir sur la région de la peau qui a subi l'excitation initiale, et alors la détente de la contracture se fait à la fois dans tous les muscles.

Pour ne pas scinder l'histoire des contractures provoquées pendant la phase cataleptoïde les yeux fermés du sommeil hypnotique, nous dirons tout de suite ce qui se passe lorsqu'on réveille la malade avant d'avoir fait disparaître les contractures.

Quand nous avons voulu étudier expérimentalement cette question, nous avons été tout d'abord fort embarrassé par la variabilité des résultats que nous obtenions. Tantôt, en effet, les contractures provoquées se dissipaient d'elles-mêmes au moment où cessait le sommeil, tantôt elles persistaient après le réveil. Ces variations tenaient à des conditions que nous croyons être parvenu à déterminer. En multipliant les expériences, nous avons

constaté que les contractures limitées persistaient toujours après le réveil, lorsque ce réveil était produit par la pression des zones hypno-frénatrices, par l'audition de bruits soudains ou par l'injonction; tandis que ces mêmes contractures cessaient brusquement, en même temps que le sommeil, lorsque le réveil était produit par l'insufflation sur les yeux. Cette observation faite, nous pensâmes que la différence des résultats obtenus devait s'expliquer par les conditions mêmes des expériences. En réfléchissant à ces conditions, nous arrivâmes à supposer que l'insufflation brusque sur le visage agissait à la fois sur les contractures et sur le sommeil sans qu'il y ait pour cela une subordination nécessaire entre ces deux effets. Pour vérifier cette hypothèse, nous suggérâmes à Jeanne que l'insufflation sur les yeux ne la réveillerait plus; puis, ayant provoqué une contracture du membre supérieur droit, nous lui soufflâmes sur le visage. Aussitôt la contracture disparut sans que la malade se réveillât. Il était dès lors évident que, dans nos expériences précédentes, ce n'était pas le passage de l'état hypnotique à l'état de veille qui avait fait cesser les contractures, mais que la même cause avait deux effets indépendants quoique simultanés : la cessation du sommeil d'une part, la disparition des contractures d'autre part. En somme, les faits que nous avons observés peuvent être résumés dans la formule suivante : chez Jeanne, les contractures provoquées à l'état cataleptoïde les yeux fermés persistent après le réveil, à moins que les procédés employés pour déterminer le réveil n'aient en même temps une action frénatrice sur les contractures, ce qui est le cas pour l'insufflation brusque sur le visage.

Lorsqu'une contracture provoquée pendant l'état cataleptoïde persiste après le réveil, on peut la faire disparaître sans rendormir la malade; mais alors l'insufflation sur les régions contracturées, sur l'épigastre, sur le visage, est habituellement impuissante à dissiper la contracture; il faut pour arriver à ce résultat faire passer des courants faradiques sur les régions où siège la contracture.

B) **Phénomènes sensitifs.** — A l'état de veille, Jeanne est *hémi-analgésique* gauche; à l'état cataleptoïde les yeux fermés, elle devient *hémi-anesthésique* du côté gauche. Aucune des excitations cutanées portant sur la moitié gauche du corps n'est perçue par la malade. Le contact (excepté celui de certaines substances dont nous parlerons plus loin), le chatouillement, les piqûres, les brûlures ne déterminent aucune réaction sensitive. Du côté droit, au contraire, la sensibilité reste normale. La ligne qui sépare les parties sensibles des parties insensibles passe exactement au milieu des plaies antéro-postérieures du corps.

Les *sens spéciaux* fonctionnent comme à l'état de veille. L'ouïe est affaiblie du côté gauche, le goût et l'odorat sont à peu près totalement abolis du même côté. Quant à la vue, il est impossible de l'explorer, les paupières étant constamment fermées.

Haphalgésie. — Dans l'état cataleptoïde, la malade est extrêmement sensible au contact de l'or. L'application d'une pièce d'or sur un point

quelconque de la peau ou des muqueuses donne une sensation très vive de brûlure. Les autres métaux sont indifférents.

Les *agents esthésiogènes* appliqués pendant l'état de sommeil hypnotique (faradisation de la peau, sinapisation, électrisation statique) ne modifient pas l'hémi-anesthésie cutanée.

Les *zones spasmogènes* que nous avons signalées à l'état de veille persistent en conservant toute leur efficacité pendant le sommeil hypnotique. Il y a même une zone spéciale, occupant la région supérieure du bras droit et l'épaule droite, qui n'a d'action que pendant l'état cataleptoïde. Quand la malade est éveillée, la pression de cette zone ne provoque pas les convulsions. Quand elle est endormie à l'état cataleptoïde, la pression de cette zone détermine aussitôt l'explosion des convulsions. Pendant l'état cataleptoïde les yeux fermés, le phénomène de la *prise de l'ouïe* est très faible. Jeanne placée dans un appartement dans lequel on joue du violon suit avec plaisir le développement des phrases musicales. Si le violon est placé tout près de son oreille, elle a une attaque convulsive.

C) **Phénomènes psychiques, suggestions.**— A l'état cataleptoïde les yeux fermés l'intelligence de Jeanne est aussi vive qu'à l'état de veille, sa mémoire est aussi lucide. Elle s'exprime avec plus de vivacité et parle avec moins de retenue des personnes qu'elle connaît. Elle accepte facilement les suggestions.

1° Suggestions portant sur les sens spéciaux : *a*) *Vue.* — Nous disons à Jeanne M..., en état cataleptoïde les yeux ouverts ou fermés : « Nous sommes dans un magnifique jardin, couvert de fleurs de toute beauté. » Aussitôt la malade admire et décrit, si on l'en prie, la disposition des allées, des massifs, des bosquets du jardin qu'elle croit voir. Elle demande si l'on veut bien lui permettre de cueillir un bouquet; elle fait le geste de couper des roses, etc.

Un instant après, nous disons : « Regardez ce gros crapaud qui se cache sous cette touffe de buis. » Cela suffit pour inspirer un dégoût profond à la malade qui se recule effrayée. Mais nous ajoutons : « Non, ce n'est pas un crapaud, c'est un nid de rossignols, allez voir s'il contient des petits. » Alors Jeanne se dirige vers la prétendue touffe de buis, elle fait le geste d'en écarter les branches avec précaution et, finalement, elle s'écrie : « Oh! qu'ils sont gentils ces petits oiseaux! Il ne faut pas les toucher, cela pourrait leur faire mal, etc. »

Un jour, nous disons à Jeanne: « Veuillez tenir par la bride ce cheval : il est un peu fougueux, mais si les mouches ne l'excitaient pas trop, il resterait tranquille. » La malade fait alors le geste de saisir la bride d'un cheval. « Les chevaux ne me font pas peur, dit-elle, j'en ai vu souvent chez mon père et même de plus beaux que celui-ci. » Puis, comme quelqu'un s'approche d'elle : « Prenez garde, lui crie-t-elle, ce cheval n'est pas méchant; mais si les mouches le piquaient trop, il pourrait vous donner quelque coup de pied. »

b) *Ouïe.* — On dit à Jeanne qu'elle entend la musique. Aussitôt sa phy-

sionomie prend une expression joyeuse : elle prête l'oreille attentivement, et si on lui demande ce qu'elle fait là, elle répond : « Mais vous n'entendez donc pas cette musique ? » On peut de même lui faire entendre des coups de fusil, des éclats de tonnerre, des cris d'animaux, des voix humaines, enfin toutes sortes de bruits. On peut aussi la rendre complètement sourde, en lui disant simplement qu'elle n'entend plus rien, qu'elle est devenue sourde. Alors les bruits les plus violents, les cris poussés auprès d'elle ne sont perçus en aucune façon.

c) *Odorat.* — Si on donne à Jeanne un flacon d'ammoniaque en lui disant que c'est de l'essence de violettes, elle aspire avec délices les vapeurs puantes de l'ammoniaque. Si, par contre, on lui fait sentir un flacon contenant de l'eau pure en lui disant que c'est de l'ammoniaque, elle le rejette avec dégoût en disant que ça lui pique le nez et elle éternue bruyamment.

d) *Goût.* — On offre à Jeanne un verre d'eau salée en lui disant que c'est du sirop de groseilles, elle le boit à petites gorgées, avec des signes évidents de satisfaction. On lui met sur la langue une pincée de sucre en lui disant que c'est de l'aloès, elle crache avec dégoût et demande un verre d'eau pour se rincer la bouche.

2° **Suggestions portant sur la sensibilité cutanée.** — Nous donnons à Jeanne une feuille de papier, en lui disant que c'est un mouchoir finement brodé : elle le déplie avec soin, paraît en examiner le chiffre (bien que ses yeux restent fermés), admire la délicatesse des broderies et le met avec précaution dans sa poche. On peut, par suggestion, supprimer, rappeler ou transposer la sensibilité. Ainsi, on dit à Jeanne : « Vous ne sentez plus rien sur toute la surface du corps, » et on peut, dès lors, enfoncer des aiguilles dans la peau de tous les membres, sans que la malade exprime la moindre douleur. Inversement, si on lui dit : « Vous sentez maintenant partout, » cela suffit pour ramener la sensibilité dans toutes les parties précédemment anesthésiques.

3° **Suggestions portant sur des phénomènes moteurs.** — Toutes les formes possibles de paralysies, de contractures, peuvent être provoquées chez Jeanne par suggestion. On peut aussi la rendre hémiplégique ou paraplégique, aphasique ou agraphique.

4° **Suggestions portant sur des phénomènes psychiques.** — On peut faire oublier à la malade tout ou partie de ce qu'elle sait : la lecture, l'écriture, le calcul, etc. On peut la rendre gaie ou triste; lui faire croire qu'elle est une petite fille ou un militaire; lui inspirer de la sympathie ou de la haine pour telle ou telle personne qu'on désigne à son attention.

5° **Suggestions d'actes.** — Les actes qu'on ordonne à Jeanne d'exécuter, sont ordinairement accomplis sans résistance. Si ce sont des actes sans importance morale, elle obéit sans faire aucune objection. Si ce sont des actes délictueux ou criminels, elle refuse souvent de les exécuter, mais en insistant un peu, on surmonte bien vite ses répugnances. Nous lui disons un jour d'aller voler une bague laissée par M. X... sur une table. Elle répond tout d'abord qu'elle n'est pas une voleuse et qu'elle n'ira pas. Mais nous lui disons avec fermeté : « Il faut que vous alliez la voler. » Elle va

alors la chercher en prenant des précautions pour ne pas être vue. Un autre jour, nous mettons dans sa main un étui de pipe en lui disant : « Voici un revolver, vous allez tuer M. X... » Elle répond d'abord qu'elle ne le fera jamais, et comme nous insistons elle a une attaque convulsive. L'attaque arrêtée, nous lui suggérons qu'elle ne pourra pas en avoir de nouvelle, puis nous ajoutons : « Il faut que vous alliez tuer M. X... » Elle prend alors le prétendu revolver, s'approche de M. X..., le vise et fait le geste de presser la détente. Interrogée sur ce qu'elle vient de faire, elle répond qu'elle vient de tuer M. X..., elle ne sait pas trop pourquoi, mais, ma foi, tant pis.

6° **Suggestions portant sur des phénomènes morbides.** — On peut provoquer certains accidents morbides, des douleurs viscérales ou cutanées, des attaques convulsives. On peut aussi faire disparaître par suggestion les douleurs intercostales ou ovariennes de la malade, et l'empêcher d'avoir des attaques imminentes.

Des zones spasmogènes ou hypnogènes peuvent être créées par suggestion et celles qui existent peuvent être supprimées. Des zones frénatrices peuvent aussi être créées ou supprimées à volonté.

7° **Zones idéogènes.** — Si on vient à exciter par la friction la partie postérieure du crâne, au niveau de la protubérance occipitale externe et de la ligne courbe supérieure de l'occipital, la malade est prise d'un rire convulsif insurmontable. Interrogée sur les motifs de ce rire, elle dit qu'elle ne voit rien de risible, qu'elle ne pense à rien de drôle, mais qu'elle a besoin de rire, qu'elle ne peut pas s'arrêter. Et, en effet, tant que dure l'excitation, elle continue à rire aux éclats. Elle s'arrête, au contraire, aussitôt qu'on cesse la friction. Le souffle dirigé sur la région du crâne qui vient d'être indiquée provoque le même rire bruyant et sans motif. La traction des cheveux ne produit rien.

La friction sur les autres points du corps ne donne pas lieu à l'explosion de rires semblables à ceux que détermine la friction de la région occipitale. Dans certains points, la friction chatouille la malade. Il peut en résulter un rire réflexe, mais ce rire ne ressemble en rien à celui que provoque l'excitation de la région occipitale : l'un est naturel, modéré; l'autre est convulsif, immodéré.

Lorsque la malade est réveillée, la friction de la région occipitale ne provoque rien de particulier.

La zone idéogène occipitale est la seule que nous ayons pu découvrir chez Jeanne. Nous n'avons trouvé ni zone d'extase ni zone de babillage.

§ 3. **Procédés pour faire cesser l'état cataleptoïde les yeux fermés.** — Parmi les procédés qui peuvent être employés pour faire cesser l'état cataleptoïde les yeux fermés, les uns ont pour effet de ramener directement la malade à l'état de veille, les autres de transformer l'état cataleptoïde les yeux fermés en une autre phase du sommeil hypnotique.

a) Les procédés ayant pour effet de provoquer le réveil immédiat sont nombreux. Ceux que nous avons employés le plus souvent sont : l'*insufflation brusque sur les yeux*, l'*audition d'un bruit soudain*, l'*injonction*

pure et simple, la *compression des zones hypno-frénatrices.* Ces zones sont au nombre de deux : l'une siège sur le lobule de l'oreille gauche, l'autre sur la phalangette du pouce gauche ; toutes deux sont profondes et à simple effet. La pression qu'il faut exercer sur elles pour amener le réveil est assez forte.

Quel que soit le procédé employé pour faire cesser le sommeil, le retour à l'état de veille est annoncé par une petite inspiration brusque et sifflante. Les paupières s'ouvrent tout à coup, la malade porte les mains à ses yeux et les frotte pendant un instant. Puis elle regarde autour d'elle d'un air étonné. Elle ne sait pas ce qui vient de se passer et ne croit même pas qu'elle ait dormi.

b) L'état cataleptoïde les yeux fermés peut être transformé en état cataleptoïde les yeux ouverts ou en état léthargoïde.

La transformation de l'état cataleptoïde les yeux fermés en état cataleptoïde les yeux ouverts peut être obtenue par l'*élévation mécanique des paupières,* par la *production au voisinage de l'oreille de la malade de bruits légers* trop faibles pour provoquer le réveil, par *injonction simple,* par l'*excitation de certaines zones hypno-frénatrices incomplètes* siégeant sur l'arc supérieur du rebord orbitaire des deux côtés.

La transformation de l'état cataleptoïde les yeux fermés en état léthargique peut être obtenue par la compression des zones léthargogènes dont il sera question plus loin.

§ 4. **Phénomènes consécutifs au réveil.** — Après le réveil, Jeanne ne se rappelle généralement aucun des faits qui se sont passés pendant qu'elle était endormie, à moins qu'on lui ait suggéré de s'en souvenir. Quelquefois cependant, si elle a éprouvé pendant le sommeil une vive contrariété, elle peut s'en souvenir après le réveil.

Tous les phénomènes suggérés pendant le sommeil cessent de se produire au moment du retour à l'état de veille, à moins que l'expérimentateur ait nettement spécifié qu'ils se prolongeraient après le réveil. Nous disons, par exemple, à Jeanne endormie : « Vous ne pouvez plus parler » ; elle devient par le fait même aphasique. Nous la réveillons, et aussitôt réveillée elle se met à parler comme si rien n'était.

Les choses se passent autrement si l'expérimentateur qui a donné la suggestion a eu soin de spécifier que le phénomène suggéré se prolongerait après le réveil. Dans ces conditions, tous les troubles sensoriels, moteurs, psychiques, qui sont susceptibles d'être provoqués par suggestion, peuvent persister après que la malade a été réveillée.

Les suggestions à échéances, c'est à dire les suggestions données pendant le sommeil hypnotique pour être exécutées ultérieurement à un moment désigné, plus ou moins longtemps après le réveil, sont parfaitement acceptées et exécutées par Jeanne. A moins de suggestions contraires, la malade se rappelle, après les avoir exécutés, les actes qu'elle a accomplis à la suite d'ordres suggérés, mais elle ne sait pas pourquoi elle les a acccomplis. Si on lui a ordonné de les oublier, elle n'en garde aucun souvenir. Exemples :

Expérience 1. — Le 12 juillet 1885, Jeanne est *endormie* par fixation du

regard. Une fois endormie, on lui ordonne de prendre, après son réveil, un journal placé sur une table et d'aller le cacher sous l'oreiller de son lit. *Réveillée*, elle exécute l'acte commandé, et quand on lui demande après ce qu'elle vient de faire, elle répond qu'elle a été cacher un journal sous son oreiller. Pourquoi? elle n'en sait rien. *Endormie* de nouveau, elle se rappelle l'ordre qui lui a été donné.

Exp. 2. — Jeanne M... est *endormie* le 12 juillet, par fixation du regard. On lui ordonne, de dénouer aussitôt qu'elle sera réveillée, un petit foulard qu'elle a autour du cou et d'aller le cacher sous son matelas. On ajoute : « Après que vous aurez fait cela, réveillée ou endormie, vous ne vous rappelerez jamais plus que vous avez caché le foulard ni qu'on vous a ordonné de le cacher. » *Réveillée*, elle exécute l'acte commandé. On lui demande ce qu'elle vient de faire autour de son lit. Elle répond qu'elle n'a rien fait. On lui demande où est son foulard ? Elle dit qu'elle n'en sait rien, qu'elle l'avait cependant pris ce matin, qu'elle l'a peut-être perdu. De fait, elle paraît très étonnée de ne plus le trouver autour de son cou. On insiste : elle ne se rappelle rien de plus. *Hypnotisée de nouveau* et interrogée avec une certaine vivacité, elle affirme qu'elle ne sait pas où est son foulard, que personne ne lui a dit de le cacher. L'amnésie, en ce qui concerne l'acte suggéré et les circonstances qui l'ont préparé, paraît absolue.

II. **ÉTAT CATALEPTOIDE LES YEUX OUVERTS.** — § 1. **Modes de production.** — Chez Jeanne, l'état cataleptoïde les yeux ouverts est presque toujours un état secondaire, une transformation spontanée ou provoquée de l'état cataleptoïde les yeux fermés. Toutes les fois que des procédés artificiels ont été employés pour provoquer le sommeil, c'est en état cataleptoïde les yeux fermés que se produit le sommeil. C'est également dans cet état que se produit le sommeil spontané. Nous avons indiqué plus haut les procédés qui permettent de transformer l'état cataleptoïde les yeux fermés en état cataleptoïde les yeux ouverts.

§ 2. **Symptômes.** — Lorsqu'elle est à l'état cataleptoïde les yeux ouverts, Jeanne a toutes les allures extérieures d'une personne éveillée. Elle va et vient; elle travaille absolument comme si elle n'était pas en état de sommeil hypnotique. Quand elle allait à son atelier, avant d'entrer à l'hôpital, il lui arrivait souvent de s'endormir sur son ouvrage; elle continuait son travail comme elle l'aurait fait à l'état de veille. Parfois elle se promenait en ville en état cataleptoïde les yeux ouverts. Une nuit de bal, un étudiant s'aperçut qu'elle était dans cet état : depuis plusieurs heures, elle dansait et s'amusait au milieu de la foule sans que personne eût encore remarqué qu'elle n'était pas dans son état normal.

Les symptômes musculaires et psychiques de l'état cataleptoïde les yeux ouverts sont exactement les mêmes que ceux de l'état cataleptoïde les yeux fermés. L'inertie cataleptique, les contractures provoquées, les suggestions se produisent également bien dans les deux états. Les phénomènes sensitifs que nous avons signalés dans la description de l'état cataleptoïde les yeux

fermés appartiennent aussi à la symptomatologie de l'état cataleptoïde les yeux ouverts.

La seule différence importante est relative à la *prise des sens de la vue et de l'ouïe.* Pendant l'état cataleptoïde les yeux ouverts, il est facile en effet de mettre en évidence le phénomène de la prise de la vue. Il suffit de placer la main à quelques centimètres en avant des yeux ouverts de la malade. Celle-ci fixe alors son regard sur la main de l'observateur et en suit tous les mouvements en s'efforçant de rester toujours à la même distance de la main. Il n'est pas possible, ou du moins il est très difficile, quand le regard est ainsi fixé sur la main, de le diriger sur un autre objet désigné par un geste. Quand on fait cette expérience (qui réussit très bien chez la plupart des autres sujets), Jeanne continue à fixer la main de l'expérimentateur, et si on lui demande pourquoi, elle répond qu'elle n'en sait rien, qu'il lui semble qu'on la tire avec une ficelle.

Le sens de l'ouïe ne paraît pas pouvoir être *pris* sans celui de la vue. Si, la malade étant en état cataleptoïde les yeux fermés, on produit de petits bruits au voisinage de son oreille, elle ouvre aussitôt les yeux, regarde du côté d'où part le bruit, et suit tous les mouvements de l'expérimentateur. Cependant quand on lui bande les yeux, elle se dirige encore vers les points d'où partent les bruits. Interrogée sur les motifs qui la font agir ainsi, elle répond qu'elle ne sait pas pourquoi elle le fait, mais que ça l'amuse d'entendre ces bruits.

III. **ÉTAT LÉTHARGIQUE. § 1. Modes de production.** — La léthargie, chez Jeanne M..., peut survenir spontanément ou être provoquée par des manœuvres expérimentales.

a) Elle survient spontanément : 1° à la suite ou dans le cours des attaques convulsives ; 2° sans convulsions préalables dans le cours des phases cataleptoïdes du sommeil hypnotique. Autant que nous avons pu en juger par les observations que nous avons eu l'occasion de faire chez Jeanne pendant son séjour à l'hôpital, cette transformation spontanée de l'état cataleptoïde en état léthargique est habituellement le résultat d'une impression psychique violente ou d'une hallucination. L'incident suivant sur lequel nous avons recueilli des détails précis, en est une preuve :

Une femme étant morte à la salle 7, dans l'après-midi du 25 mars 1885, quelques malades parlèrent devant Jeanne de ce qui se passait à l'amphithéâtre. Elles racontèrent que les étudiants disséquaient les cadavres, qu'ils les coupaient en morceaux, etc. Jeanne fut très vivement impressionnée par cette conversation. Elle se mit au lit et s'endormit en état cataleptoïde les yeux ouverts. Son visage exprimait une terreur profonde, les yeux, largement ouverts, étaient fixés sur le haut de son lit. On essaya en vain de la réveiller par les procédés ordinaires : la pression des zones spasmogènes était incapable de provoquer les attaques convulsives. A ce moment, elle poussa de grands cris : « Ah ! le voilà, le voilà ! disait-elle, il me tient, son doigt me touche le cœur ! Oh ! qu'il est froid ! » et elle tomba en léthargie profonde. La pression des globes oculaires fit cesser la léthar-

gie, mais l'état cataleptoïde persista, et Jeanne continua à fixer avec un air terrorisé le pied de son lit. On l'interrogea et elle raconta qu'il y avait un mort au bout de son lit : « Voyez-le, il se cache dans les rideaux; le voilà qui monte sur le lit. Il m'appelle! Viens ici, petite Jeanne, dit-il. Oh! quelle horreur! Il s'approche; il met son grand doigt glacé sur mon cœur. Je vais mourir! » En prononçant ces paroles, Jeanne retomba en léthargie.

A plusieurs reprises on fit cesser la léthargie, et toujours elle se reproduisit avec les mêmes phénomènes prémonitoires. Vers neuf heures du soir, la terreur de Jeanne diminua un peu. Elle voyait toujours le mort qui s'agitait autour de son lit et lui faisait la grimace, mais il ne s'approchait plus d'elle pour l'emporter. Le lendemain matin seulement, il disparut tout à fait. On put alors réveiller la malade qui ne se rappelait plus, après le réveil, aucun des incidents de la soirée et de la nuit précédentes. Mais en la plaçant à l'état cataleptoïde elle se souvenait très bien d'avoir vu un mort, et elle racontait avec une expression de terreur très sincère ses gestes et ses paroles.

b) Nous connaissons deux procédés pour provoquer artificiellement la léthargie chez Jeanne. Le premier consiste à produire une contracture diffuse généralisée, très intense. Nous avons déjà parlé de ce procédé en décrivant les contractures provoquées, et nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit. Le second est constitué par l'excitation des zones léthargogènes.

Les **zones léthargogènes** de Jeanne sont au nombre de trois. L'une produit la léthargie simple, les deux autres provoquent la léthargie profonde. La zone de léthargie simple est située dans l'hypocondre droit, au-dessous du sein. Des zones de léthargie profonde, la première se trouve sur l'épaule droite et se prolonge sur la face antérieure du bras jusqu'au voisinage du pli du coude; la seconde occupe un petit espace à la face plantaire du pied droit, au niveau des métatarsiens, entre les orteils et le talon.

Toutes ces zones sont cutanées, c'est-à-dire qu'il suffit de pincer un pli de la peau pour éveiller leur activité. Elles agissent également bien si on les comprime pendant l'état de veille ou pendant l'état cataleptoïde.

Chacune d'elles a son effet propre. La compression de la zone de l'hypocondre droit ne peut déterminer que la léthargie simple, la compression de la zone de l'épaule droite ou de celle du pied droit ne peut déterminer que la léthargie profonde.

§ 2. **Symptomatologie de la léthargie.** — On observe chez Jeanne M. deux variétés différentes de léthargie : la *petite léthargie* et la *léthargie profonde*.

Dans la *petite léthargie,* la malade est inerte; ses membres sont flasques, et si on les soulève, ils retombent lourdement sur le lit. Cependant si, au moment où survient cette variété de léthargie, il existait des contractures partielles, ces contractures persistent. On peut même provoquer des

contractures nouvelles dans les membres par l'excitation légère de la peau. Le contact ou la friction des régions massétérines détermine également la contracture des mâchoires. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Il n'y a pas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Les yeux sont fermés; les paupières sont animées d'un petit mouvement de trépidation. Les zones spasmogènes conservent leur excitabilité, et on peut, par leur compression, provoquer des attaques convulsives. Les zones de léthargie profonde conservent également leur activité propre. On peut piquer ou pincer la peau de la malade sans qu'elle retire ses membres. Cependant, quand on pique ou qu'on pince le côté droit de son corps, elle sent la douleur, car son visage se contracte et prend une expression de souffrance non douteuse. Les excitations cutanées portant sur le côté gauche du corps ne sont pas perçues.

Les sens spéciaux conservent leur activité : Jeanne entend ce qui se dit autour d'elle et peut le raconter lorsqu'elle est revenue à l'état cataleptoïde. Elle accepte aussi pendant la léthargie les suggestions à échéances. Le contact des métaux provoque rapidement des contractures et, s'il est un peu plus prolongé, des convulsions.

Dans la *léthargie profonde,* les membres sont flasques, inertes. Les contractures, s'il en existait auparavant, disparaissent, et il n'est pas possible d'en provoquer de nouvelles par l'excitation superficielle de la peau. Les zones spasmogènes sont inexcitables. Il n'y a pas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Les réflexes rotuliens sont exagérés. La malade est insensible à toutes les excitations cutanées et sensorielles : elle n'entend pas ce qui se dit autour d'elle. Le contact de l'or ou de l'argent provoque rapidement un changement d'état qui se produit tout d'abord par une contracture généralisée et ensuite par l'explosion d'une attaque convulsive.

§ 3. **Modes d'arrêt de la léthargie.** — Pour faire cesser la léthargie simple il suffit habituellement d'exciter une zone léthargo-frénatrice cutanée située au niveau du flanc droit. Sous l'influence de cette excitation, la malade passe à l'état cataleptoïde les yeux fermés.

Pour faire cesser la léthargie profonde, il faut exercer une compression soutenue sur les globes oculaires. Cette compression doit être exercée avec une certaine énergie. Elle ne réveille pas complètement la malade : elle la fait passer à l'état cataleptoïde les yeux fermés. La compression très énergique sur la région ovarienne droite fait également cesser la léthargie profonde en faisant passer la malade à l'état cataleptoïde les yeux fermés.

§ 4. **Phénomènes consécutifs à la cessation de la léthargie.** — Lorsque la léthargie est terminée, la malade, revenue à l'état de veille, ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant qu'elle était en état léthargique. Mais quand elle est simplement en état cataleptoïde, elle se rappelle ce qu'elle a ressenti pendant la léthargie et peut en rendre compte. Interrogée dans ces conditions, sur ce qu'elle ressent quand se produit la

léthargie simple, elle dit qu'elle éprouve une grande faiblesse, qu'elle ne souffre pas, mais qu'elle est ennuyée de ne pouvoir ni bouger ni parler.

Elle raconte du reste ce qui s'est passé autour d'elle pendant qu'elle était dans le sommeil léthargique. Elle répète les propos qu'on lui a tenus, et si on lui a donné des suggestions, elle exécute ces suggestions.

Lorsque la léthargie profonde va se produire la malade éprouve un grand froid : il lui semble qu'elle va mourir. Mais elle ne peut rendre compte de ce qui s'est passé pendant qu'elle était en état de sommeil léthargique profond.

II. — OBSERVATION DE MARIE-LOUISE F...

HYSTÉRIE CONVULSIVE, PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES

(*Rédigée d'après les notes recueillies par* MM. RIVIÈRE *et* BLANC-FONTENILLE.)

SOMMAIRE

Marie-Louise F..., dix-neuf ans. — *Antécédents héréditaires. Père* violent. *Mère* sujette à des crises de nerfs.

Antécédents personnels. Fièvre typhoïde à dix ans. De dix à onze ans, épistaxis survenant régulièrement deux fois par jour. Menstruation à onze ans. De onze à treize ans, trois fluxions de poitrine (?) et plusieurs hémoptysies. De treize à seize ans, toux fréquente et pénible. A seize ans, douleurs rhumatoïdes dans les membres. Première crise convulsive à seize ans et demi. Premier amant à dix-sept ans. Grossesse. Trois tentatives de suicide.

Étude de la malade dans le service.

PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DE VEILLE.

§ 1. Fonctions organiques § 2. Sensibilité générale et spéciale. § 3. Myotilité, état des forces, mouvements volontaires, sens musculaire, contractures provoquées; § 4. Intelligence, suggestions à l'état de veille. § 5. Attaques convulsives : *a)* Spontanées, description de l'aura ; *b)* Provoquées, zones spasmogènes, agents modificateurs des zones spasmogènes, description des attaques convulsives, phase épileptoïde, phase clonique, hypnose et délire post-convulsifs; moyens d'arrêt des convulsions, zones spasmofrénatrices.

[DEUXIÈME PARTIE : ÉTATS HYPNOTIQUES.

I. États cataleptoïdes les yeux ouverts ou fermés. § 1. Modes de production, procédés divers, zones hypnogènes. § 2. Symptômes : *a)* Phénomènes musculaires (motilité volontaire, état des forces, sens musculaire, inertie cataleptoïde, contractures provoquées); *b)* Phénomènes sensitifs (état de la sensibilité cutanée : haphalgésie, prise de la vue, de l'ouïe); *c)* Phénomènes psychiques (1° illusions et hallucinations sensorielles provoquées, suggestions diverses, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, de la sensibilité cutanée; 2° suggestions portant sur des phénomènes moteurs : paralysies, contractures, mouvements perpétuels; 3° suggestions portant sur des phénomènes psychiques; 4° suggestions d'actes; 5° suggestions portant sur des phénomènes morbides; 6° suggestions par les attitudes et par l'excitation des muscles de l'expression du visage; 7° zones idéogènes). § 3. Procédés pour faire cesser l'état cataleptoïde. § 4. Phénomènes consécutifs au réveil (amnésie pour les faits survenus pendant le sommeil, suggestions prolongées et suggestions à échéances).

II. État léthargique. Modes de production, symptômes, modes d'arrêt.

III. Hypnose hémi-latérale. Modes de production, symptômes, modes d'arrêt.

Marie-Louise F..., née à Vieux-Boucau (Landes), âgée de dix-neuf ans, tailleuse, est entrée à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (salle 7, lit 13), le 28 mars 1884.

Antécédents héréditaires. — Le *père* de Marie-Louise est brigadier-forestier dans les Landes. Il est âgé de cinquante-six ans. C'est un homme fort, robuste, qui s'est toujours très bien porté jusqu'à l'âge de cinquante ans. A cette époque il a commencé à souffrir de rhumatismes. Il n'a jamais eu d'autres maladies. Il n'est pas alcoolique. Son caractère est extrêmement violent. Pour la moindre des choses il se met dans des colères terribles, mais ces colères s'épuisent en paroles et en menaces : il n'a jamais battu sa femme ni ses enfants.

La *mère* de notre malade est âgée de cinquante-trois ans. Elle a un tempérament délicat et est très nerveuse. Elle a même souvent, à l'occasion de contrariétés ou d'émotions, de véritables crises de nerfs dans lesquelles elle perd connaissance, s'agite, claque des dents et se contracture de tout le corps. Dans ces crises elle ne s'est jamais mordu la langue et ne bave pas. Malgré son tempérament délicat et sa constitution chétive, elle n'a, paraît-il, fait aucune maladie pendant sa jeunesse. A l'âge de quarante-huit ans, elle a eu la fièvre typhoïde, et, un peu plus tard, a contracté des rhumatismes dont elle souffre encore de temps en temps.

Marie-Louise a deux *sœurs* âgées de treize et quinze ans. Elles jouissent toutes deux d'une bonne santé. Cependant la cadette est d'une émotivité excessive; elle a souvent des accès de sanglots ou de rires sans motifs sérieux.

Antécédents personnels. — Marie-Louise a eu la scarlatine à huit ans et la fièvre typhoïde à dix ans. Après la convalescence de sa fièvre typhoïde, elle a commencé à avoir des épistaxis fréquentes qui se sont répétées deux fois par jour, le matin à onze heures et le soir à quatre heures, pendant une année consécutive.

Elle a été réglée pour la première fois à onze ans. L'apparition des règles fut précédée de grandes douleurs de ventre. La petite malade ne pouvait se tenir debout, ses jambes étaient très œdématiées. Les douleurs abdominales et l'œdème des membres inférieurs disparurent rapidement après l'arrivée des règles. Celles-ci durèrent vingt jours; l'écoulement du sang fut très abondant. A partir de ce moment les épistaxis cessèrent de se produire.

De onze à quatorze ans, la menstruation fut très irrégulière, et pendant cette période Marie-Louise eut trois *fluxions de poitrine* (?), traitées par des vésicatoires répétés. Ces fluxions de poitrine survenaient quand les règles subissaient une longue interruption. Dans leurs intervalles il y eut plusieurs fois des hémoptysies très abondantes. Après la dernière fluxion de poitrine, les hémoptysies devinrent véritablement inquiétantes. Elles se reproduisirent, en effet, tous les jours, pendant quatre ou cinq mois. Elles étaient souvent précédées de vomissements alimentaires et de toux. La quantité de sang rendue chaque jour correspondait à peu près au contenu

d'un verre de table ordinaire. Pendant ce temps, l'écoulement menstruel survenait très irrégulièrement, et il était à peine assez abondant pour tacher le linge. Quand les hémoptysies disparurent, les règles recommencèrent à paraître régulièrement. Jusqu'à seize ans, la malade fut bien réglée et elle n'eut d'autre accident qu'une toux sèche, persistante, dont rien ne pouvait la débarrasser.

A seize ans, après un refroidissement, elle ressentit des douleurs très vives au niveau des articulations. Ces douleurs étaient surtout très intenses dans les mouvements de flexion des membres. Elles persistèrent sans se modifier du mois de juillet au mois de septembre 1881, malgré un traitement de deux mois (juillet et août) à Cauterets.

Après son séjour à Cauterets, Marie-Louise alla sur le bord de la mer, à Hendaye. Tout d'abord l'air de la mer parut lui faire du bien : la toux dont elle souffrait depuis longtemps disparut, et les douleurs des membres s'apaisèrent très notablement. Mais, le 24 octobre, sans cause connue, elle se sentit indisposée en se levant. Elle pensa que c'était une simple migraine. Cependant l'indisposition persista les jours suivants. Elle était surtout caractérisée par un grand mal de tête et par des vomissements. Le quatrième jour, Marie-Louise commença à ressentir une douleur fixe dans la région ovarienne gauche. La céphalalgie était intolérable. A sept heures du soir, il y eut du délire et une *attaque de convulsions* qui se prolongea jusqu'à trois heures du matin.

Le lendemain, la malade eut une *deuxième attaque convulsive* qui dura de dix heures du matin à une heure de l'après-midi, et qui fut précédée d'une aura très nette. Une demi-heure avant l'attaque, Marie-Louise sentit dans le ventre des frémissements insolites. En même temps une boule se détacha de la région ovarienne gauche et remonta à l'épigastre où elle s'arrêta un instant en provoquant un grand malaise, puis elle s'éleva rapidement vers la gorge en produisant une sensation de strangulation très pénible. A ce moment la malade perdit connaissance.

Pendant les mois suivants, les attaques de nerfs se reproduisirent avec les mêmes caractères, d'abord tous les jours, puis une ou deux fois par semaine seulement.

Dans le courant du mois de mai 1882, Marie-Louise, qui était toujours à Hendaye, fit la connaissance d'un jeune homme qui la séduisit. Elle partit avec lui et ils vécurent maritalement jusqu'au mois de décembre. Pendant ce temps Marie-Louise devint enceinte. Quand elle s'en aperçut, elle fut prise d'un grand désespoir et elle résolut de se suicider. Un soir que son amant était sorti, elle fit chauffer un demi-litre d'absinthe et l'avala toute pure. Elle fut très malade à la suite de cette ingestion, et bien qu'on ait pu lui faire prendre, peu de temps après, un vomitif, elle resta pendant deux jours dans un état comateux inquiétant.

Sur ces entrefaites, les parents de Marie-Louise, informés de la conduite de leur fille, se rendirent auprès d'elle, la menaçant de faire arrêter son amant si elle ne consentait pas à se séparer de lui, et, finalement, ils la reconduisirent à Hendaye en lui intimant l'ordre d'y rester jusque après ses couches.

Arrivée à Hendaye (décembre 1882), elle trouva sa situation si pénible qu'elle voulut de nouveau se suicider, et, par une nuit obscure, à neuf heures du soir, elle se jeta dans la Bidassoa. Mais elle fut aperçue par un militaire qui demeurait à côté de chez elle et qui la sauva en plongeant lui-même dans la rivière.

Rien d'important à signaler dans l'existence de notre malade jusqu'au mois de mars 1883. A cette époque, obsédée par la tristesse et l'ennui, elle se décide de nouveau à se suicider. Cette fois elle carresse mûrement son projet et prend ses dispositions à l'avance. Son intention est de mourir dans les bras de celui qu'elle aime. Elle achète donc un revolver et des cartouches. Puis elle écrit à son amant qu'elle ne veut pas être seule au moment de ses couches. Celui-ci accourt auprès d'elle, et, le 21 mars, pendant qu'ils déjeunaient ensemble, elle saisit son revolver, le dirige vers sa poitrine et s'efforce de le faire partir; mais son amant le lui arrache des mains avant qu'elle ait pressé la détente.

Elle accouche le 18 avril 1883 et, ne voulant à aucun prix retourner chez ses parents, elle met son enfant en nourrice et entre comme femme de chambre dans une famille d'Hendaye.

Au mois de septembre 1883, ses parents lui ayant écrit plusieurs lettres très affectueuses, elle consent à revenir chez eux à la condition que le passé sera oublié. Mais, quelques jours après, son père lui fit des reproches sévères au sujet de ses relations avec son amant. Elle partit pour Bordeaux et y trouva une place de femme de chambre où elle resta, malgré son état maladif et ses crises nerveuses, jusqu'au 28 mai 1884, époque à laquelle ses maîtres lui conseillèrent d'entrer à l'hôpital.

ÉTUDE DE LA MALADE DANS LE SERVICE

PREMIÈRE PARTIE. — ÉTAT DE VEILLE

§ 1. **Fonctions organiques.** — Marie-Louise est une belle fille, brune, grande et d'apparence robuste. Elle ne présente aucune trace de scrofule ni de rachitisme. Les membres et le bassin sont bien conformés. Les seins sont volumineux. Le système pileux est très développé.

§ 2. **Sensibilité : a) Sensibilité générale.** — Analgésie de toute la surface du corps. Les seuls points sur lesquels les sensations douloureuses soient perçues sont les phalanges des deux annulaires, les lobules des oreilles et les régions occipitales du cuir chevelu. La malade portant habituellement des bagues et des boucles d'oreilles, il y avait lieu de se demander si les îlots épargnés au milieu de l'anesthésie générale n'étaient pas produits par l'action permanente des bijoux. Pour s'en assurer, on enleva pendant

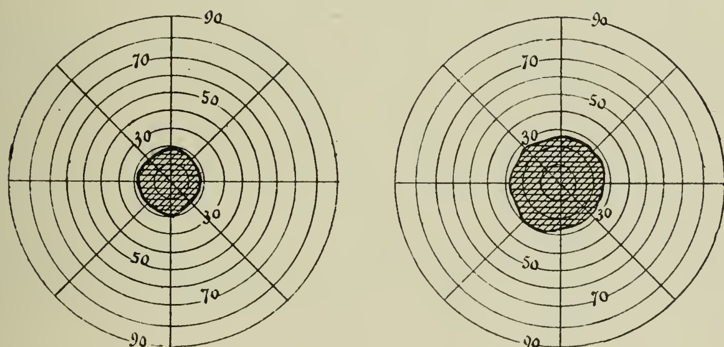
quelques jours les bagues et les boucles d'oreilles, et on constata que les phalanges, les lobules des oreilles et la région occipitale du cuir chevelu étaient devenus insensibles comme le reste du tégument externe.

L'analgésie est rapidement modifiée localement par l'application de pièces d'or sur la peau. En quelques minutes, la sensibilité reprend ses caractères normaux au niveau du point de contact du métal et dans un rayon d'autant plus étendu que le contact a été plus prolongé. Le fer, le cuivre, l'argent, le zinc, le laiton, le bois, la porcelaine, le caoutchouc, le verre ne font pas revenir la sensibilité, même après une application prolongée pendant une heure.

La sensibilité ne se modifie pas non plus lorsqu'on place la malade sur le tabouret isolant d'une machine statique en activité et qu'on se contente de diriger le souffle électrique sur la peau. Mais si on fait partir plusieurs étincelles électriques d'une région limitée des téguments, la sensibilité douloureuse reparaît dans cette région une dizaine de minutes après le début de l'expérience.

Il n'existe nulle part de plaques d'hyperesthésie cutanée. On ne constate pas, à l'état de veille, de phénomènes d'haphalgésie.

Fig. 53. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Marie-Louise F...



L'analgésie s'étend à la plupart des muqueuses. La piqûre ou le chatouillement des muqueuses des lèvres, de la langue, des fosses nasales, des oreilles sont perçus comme de simples contacts et ne déterminent pas de réflexes. L'excitation de la conjonctive oculaire n'est pas douloureuse, mais elle provoque des réflexes palpébraux très appréciables. Elle détermine aussi, lorsqu'elle est suffisamment énergique, une abondante sécrétion de larmes.

Les muqueuses du pharynx, de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx sont complètement insensibles. On peut porter le doigt jusque sur les cordes vocales sans que la malade s'en plaigne et sans qu'il en résulte des nausées.

b) **Sensibilités spéciales.** — La *vision* a peu d'acuité. La malade prétend qu'elle a toujours devant les yeux un brouillard. Elle se sert, quand elle fait un ouvrage délicat, d'un lorgnon avec des verres de myope n° 16. Le champ visuel est rétréci des deux côtés, mais beaucoup plus à gauche qu'à droite *(fig. 53)*. Il n'y a pas de daltonisme ni d'altération des papilles.

La pression sur les globes oculaires détermine des phosphènes plus intenses du côté droit que du côté gauche. Ces phosphènes se produisent souvent spontanément, surtout quand la malade lit ou fixe un objet blanc pendant quelque temps.

Goût. — Le *sucre* est goûté sur le tiers postérieur gauche de la langue. Le *sel*, le *vinaigre*, le *sulfate de quinine* sont perçus sur le tiers postérieur gauche et, mais moins bien, sur le tiers postérieur droit de la langue. La malade ne trouve pas la quinine très amère. Le *goût électrique* n'existe sur aucune partie de la langue ni du voile du palais, au moins pour des excitations galvaniques de moyenne intensité.

Odorat. — La malade sent l'assa-fœtida par les deux narines comme une odeur mauvaise.

Parmi différentes essences, elle ne trouve à l'essence de rose aucune odeur : « C'est de l'eau pure, » dit-elle.

L'essence de violette, de verveine, etc., donnent une sensation olfactive que la malade ne peut pas définir.

Ouïe. — Les tympans offrent un aspect normal. Les trompes sont libres. La malade entend siffler l'air, mais ne sent pas passer le vent.

La perception crânienne à la montre est bonne des deux côtés du crâne.

La perception aérienne à la montre est 100/100 pour l'oreille droite et 80/100 pour l'oreille gauche; à l'acoumètre et à la voix chuchotée, elle est au delà de six mètres pour les deux oreilles.

Les diapasons ut_2 (128 v. d.), ut_3 (256 v. d.), ut_4 (512 v. d.), ut_5 (1024 v. d.), et les sons aigus du sifflet de Galton sont bien perçus par les deux oreilles.

Les diapasons mis sur le vertex sont entendus également des deux côtés.

Certains sons endorment la malade. (V. plus loin *États hypnotiques.*)

L'expérience de Rinne, faite avec les quatre diapasons, donne un résultat positif pour les deux oreilles.

Orientation de l'ouïe. — Chaque oreille, examinée seule, n'a pas l'orientation pour les sons des diapasons et du sifflet et pour la voix chuchotée.

Ainsi, la malade dit qu'elle entend le diapason devant elle, tandis que nous le faisons résonner sur une table, derrière elle; ou bien elle dit qu'on parle à sa droite, tandis qu'on parle à sa gauche.

Les deux oreilles, examinées à la fois, ont une orientation assez bonne; cependant la malade se trompe parfois jusqu'à 450 de la périphérie.

§ 3. **Myotilité : a) État des forces.** — Tous les mouvements volontaires sont possibles, mais la force n'est pas aussi considérable que le ferait supposer à première vue le développement des masses musculaires. L'exploration dynamométrique donne, en effet, des chiffres très inférieurs à la moyenne physiologique.

Main droite.	16 kilos.	Membre inférieur droit . .	16 kilos.
Main gauche.	13 kilos.	Membre inférieur gauche	12 kilos.

Néanmoins, Marie-Louise peut exécuter les travaux de sa profession. Elle peut coudre, tricoter et broder comme le ferait un sujet sain. Elle ne se fatigue pas trop rapidement par la marche.

Les réflexes rotuliens sont normaux :

b) **Contractures provoquées : Modes de production.** — A l'état de veille, Marie-Louise est toujours en *imminence de contracture,* c'est-à-dire que des causes banales ou insignifiantes en apparence peuvent déterminer chez elle des contractures diffuses plus ou moins étendues.

Les causes qui sont susceptibles de produire ces contractures peuvent être divisées en quatre groupes : 1° excitations cutanées; 2° excitations musculaires; 3° excitations ostéo-fibreuses; 4° excitations psychiques.

1° **Excitations cutanées.** — Certaines excitations tout à fait superficielles de la peau déterminent, lorsqu'elles sont prolongées pendant plusieurs secondes consécutives, la contracture progressive des muscles sous-jacents, contracture qui s'étend peu à peu aux parties voisines, et finit par gagner de proche en proche les muscles de tous les membres et la plupart de ceux du tronc, de la tête et du cou. Les excitations énergiques et brèves de la peau ne paraissent pas avoir la même action. Ainsi la piqûre, le pincement d'un pli du tégument, le contact brusque d'un corps étranger, même métallique, le passage à travers la peau de secousses électriques d'induction ne provoquent pas la contracture, tandis que le contact prolongé de la main, l'insufflation douce et soutenue, les frictions légères de la peau, etc., donnent lieu à des contractures diffuses, d'autant plus violentes que les excitations provocatrices ont duré plus longtemps.

Si on donne franchement et rapidement une poignée de main de courte durée à Marie-Louise, il ne se produit pas de contracture. Mais si on applique la paume de la main étendue contre la main de la malade et qu'on reste ainsi immobile pendant une dizaine de secondes, on sent que les doigts de la malade se fléchissent progressivement et se contracturent en exerçant sur la main de l'expérimentateur une pression qui va rapidement en augmentant. En même temps les muscles de l'avant-bras, du bras, de l'épaule, etc., se contracturent de proche en proche.

L'insufflation douce et prolongée d'un point quelconque du corps, le chatouillement tout à fait superficiel, les frictions légères d'un point quelconque de la peau déterminent rapidement la contracture des muscles sous-adjacents, et de proche en proche celle de tous les muscles du corps. Sous l'influence d'une excitation de ce genre, appliquée à un avant-bras, par exemple, ou à la face antérieure d'une cuisse, la contracture se produit d'abord dans les muscles sous-jacents aux parties excitées, puis elle gagne le membre correspondant en totalité par les autres membres, le tronc, le cou, la face, si bien que la malade, rigide comme une planche, peut être soulevée toute d'une pièce par l'élévation d'une seule jambe, ou qu'elle peut rester horizontalement étendue entre deux chaises sur lesquelles on fait appuyer seulement sa nuque et ses talons.

Les secousses électriques isolées ne provoquent pas la contracture diffuse,

mais le passage d'un courant d'induction à interruptions rapides (même lorsque ce courant est très léger et incapable de déterminer la contraction des muscles) donne lieu, après quelques secondes, à la production graduelle de la contracture diffuse des muscles sous-jacents, contracture qui s'étend de proche en proche aux parties voisines et peut gagner ainsi tout le corps.

L'excitation des muqueuses provoque aussi la contracture des muscles sous-jacents, par exemple : un frottement léger de la langue la fait contracturer; si on frotte légèrement avec un bâtonnet en bois le voile, ce dernier se contracte et avec lui les constructeurs pharyngés et les abaisseurs de la mâchoire inférieure; si on chatouille avec un pinceau d'ouate l'entrée des fosses nasales, on voit les orifices externes se resserrer.

2° **Excitations musculaires.** — Si nous prenons entre les doigts un pli de la peau qui recouvre le biceps brachial et si nous exerçons sur lui une pression assez forte, il ne se produit pas de contracture. Mais si nous saisissons entre les doigts le corps même du biceps, les muscles du membre supérieur correspondant ne tardent pas à entrer en contracture. La malaxation des masses musculaires produit également la contracture diffuse.

La contracture se produit alors dans la position qu'occupaient les segments du membre au moment de l'excitation. Exemple : le membre supérieur droit étant dans l'extension complète, on malaxe le biceps et le brachial antérieur, et la contracture se produit dans l'extension; le membre étant dans la flexion, on malaxe le triceps, et la contracture se produit dans la flexion.

Les muscles des membres et certains muscles du cou (sterno-cléido-mastoïdien, trapèze) et de la face (masséters) sont très facilement mis en état de contracture diffuse permanente par la malaxation. Les peauciers du cou et de la face paraissent être beaucoup moins sensibles à ce genre d'excitation. Nous n'avons même pas pu provoquer la contracture du peaucier du cou par le pincement prolongé d'un pli de la peau du cou. Il nous a été également impossible de déterminer les contractures des muscles peauciers de la face en malaxant entre deux doigts placés l'un en dedans, l'autre en dehors de la bouche, les muscles peauciers des lèvres et des joues (buccinateurs, zygomatiques, orbiculaire des lèvres, etc.).

Les courants tétanisants prolongés ont le même effet. Il faut noter ici que ce ne sont pas seulement les muscles directement excités par l'électricité qui restent en contracture après la cessation du passage des courants : ce sont tous les muscles du membre et même, si l'excitation a été suffisamment prolongée, les muscles de tout le corps. Ainsi le passage pendant deux secondes d'un courant d'induction à interruptions rapides, sur les muscles de l'éminence thénar, est suivi de la contracture de tous les muscles de la main, de l'avant-bras et du bras correspondant. Il suffit de tripler le temps de la durée de l'excitation pour que la contracture se généralise. Lorsqu'on faradise les muscles du visage, on provoque très facilement la contracture des masséters et des temporaux; mais les muscles des joues et des lèvres ne restent pas contracturés après la cessation de l'excitation. Le

peaucier du cou, le frontal, le sourcilier, le pyramidal du nez peuvent être mis en état de rigidité permanente par la faradisation.

La contraction volontaire de certains muscles peut, lorsqu'elle est poussée à un degré suffisant, en déterminer la contracture diffuse. Ainsi, quand on dit à la malade de fléchir très fortement la tête, ce mouvement s'accompagne d'une contracture de tous les muscles du cou, qui fixe la tête dans la position de flexion, le menton appliqué sur le sternum. Si on prie la malade de fermer brusquement la bouche, aussi vite et aussi fort qu'elle le pourra, la bouche reste fermée par le fait de la contracture des muscles de la mâchoire; les lèvres sont pincées et ne peuvent être écartées volontairement.

De même, l'occlusion forcée des yeux est suivie d'une contracture des paupières qui empêche la malade d'ouvrir volontairement les yeux. Il est curieux de noter dans cette expérience qu'on ne peut fermer énergiquement les paupières sans qu'il se produise en même temps un mouvement dans les muscles de la partie inférieure du visage. Or, lorsque la contracture des paupières est produite, les autres muscles du visage restent, eux aussi, rigides. Ils sont moins fortement contracturés que ceux des paupières, mais ils le sont cependant à un degré très appréciable.

La percussion des muscles a des effets différents selon qu'elle est forte et unique ou légère et répétée.

La percussion forte et brusque détermine immédiatement la contracture diffuse du muscle percuté et des muscles voisins sans déplacement notable des membres. Vient-on, par exemple, à frapper brusquement et avec force le deltoïde d'un côté pendant que le bras est rapproché du tronc, tous les muscles du membre supérieur et de l'épaule du côté correspondant se contracturent ensemble, le bras restant rapproché du tronc dans la position qu'il avait au moment même où l'expérience a été pratiquée. De même, si on percute le droit antérieur de la cuisse quand la jambe est à moitié fléchie, la contracture diffuse se produit dans la position de demi-flexion de la jambe sur la cuisse.

La percussion brusque ne paraît pas susceptible de provoquer la contracture des muscles peauciers du cou et de la face. Si, avec un marteau plessimétrique, on frappe un coup sec et brusque sur le sterno-mastoïdien, ce muscle se contracture, mais le peaucier du cou qui le recouvre reste dans la flaccidité. De même, la percussion des lèvres, des joues ne provoque pas la contracture de l'orbiculaire, du buccinateur ni des autres muscles peauciers de la région. Les muscles sourciliers et pyramidaux ne se comportent pas, à ce point de vue, comme les autres muscles peauciers de la face : la percussion au-dessus des sourcils ou de la racine du nez détermine leur contracture immédiate. On peut provoquer la contracture de l'orbiculaire des paupières par la percussion du rebord orbitaire, la contraction des dilatateurs des narines par la percussion dans les sillons naso-géniens, celle des myrtiformes (resserrement des narines) par la percussion des ailes du nez.

La percussion de la langue, préalablement tirée hors de la bouche, provoque la contracture des muscles de la langue, laquelle ne peut alors être volontairement rentrée dans la cavité buccale.

La percussion légère et répétée des muscles des membres n'a pas tout à fait la même action que la percussion unique et brusque. Si, avec le marteau plessimétrique, on frappe de petits coups répétés sur le deltoïde, les muscles du membre supérieur et de l'épaule du côté correspondant entrent bien en contracture diffuse. Mais à mesure que les chocs se répètent, le bras est porté dans l'abduction et s'élève progressivement jusqu'à ce que le coude soit porté à la hauteur de l'épaule.

De même, pour les autres muscles : quand le bras est étendu, les chocs légers frappés sur le biceps provoquent la contracture diffuse de tout le membre, mais peu à peu l'avant-bras se fléchit sur le bras. Quand le mouvement de flexion est complet, il suffit de percuter légèrement et à plusieurs reprises le triceps brachial pour ramener peu à peu le membre dans l'extension.

3° **Excitations ostéo-fibreuses.** — Toutes les fois qu'on exerce une compression énergique et soutenue sur un os superficiel, la contracture diffuse se produit. On peut faire l'expérience sur les apophyses styloïdes du radius et du cubitus sur les malléoles, etc., elle donne partout les mêmes résultats.

La traction passive des membres agit probablement par la distension des tissus péri-articulaires, car le déplacement produit par cette traction est trop peu considérable pour qu'on puisse supposer qu'elle allonge sensiblement les muscles. La traction détermine la contracture diffuse des segments de membres sur lesquels elle a été pratiquée. La traction isolée du pouce, de l'index, du médius, de l'annulaire du petit doigt provoque la contracture dans le doigt correspondant, les autres doigts et le poignet conservant leur motilité. Au pied, les résultats sont un peu différents : l'extension passive d'un seul orteil provoque la rigidité de tous les autres orteils du même pied. La traction brusque de l'avant-bras ou de la jambe amène la contracture de tout le membre. Un *shake hand* violent ou une secousse brusque imprimée à l'un des membres supérieurs ou inférieurs met aussitôt ce membre en état de rigidité permanent.

A côté de la traction passive lente ou brusque des membres, il faut placer les secousses produites par certains mouvements volontaires. C'est ainsi que les coups de pied ou de poing lancés dans le vide provoquent *ipso facto* la contracture diffuse immédiate des muscles des membres correspondants.

Certaines excitations des tendons déterminent la contracture diffuse probablement par transmission de l'excitation aux muscles. Telle est, par exemple, la percussion des tendons rotuliens. Le choc frappé sur ces tendons provoque aussitôt la rigidité des muscles du membre inférieur correspondant. Mais il est peu probable que l'excitation provocatrice de cette contracture ait son siège dans le tendon percuté lui-même, car on peut pincer fortement ce même tendon entre les doigts, le malaxer dans tous les sens sans déterminer de contracture.

4° **Excitations psychiques.** — On peut provoquer par suggestion verbale, la malade étant à l'état de veille, des contractures limitées ou diffuses de tous les muscles. La malade ayant le bras pendant, on lui dit : « A

présent votre bras droit est contracturé, vous ne pouvez plus le remuer, » et, en effet, le bras droit est pris d'une contracture diffuse qui empêche tout mouvement volontaire. On lui fait tirer la langue et on lui affirme qu'elle ne peut plus la rentrer dans la bouche parce qu'elle est contracturée, et le phénomène suggéré se produit. On lui dit de fermer les yeux et, quand les paupières sont closes, on lui dit qu'elle ne peut plus les ouvrir tant elles sont rigides. Elle est alors incapable d'ouvrir les yeux parce que, dit-elle, ses paupières sont tirées comme avec des ficelles. On la prie de sortir de l'appartement en ajoutant que, lorsqu'elle sera arrivée à la porte, son membre inférieur droit deviendra si raide qu'elle ne pourra plus marcher, et quand elle arrive à la porte désignée, elle s'arrête et son membre inférieur droit seul devient le siège d'une contracture extrêmement violente.

Symptômes des contractures provoquées. — Les muscles contracturés sont rigides, durs, saillants. Leur contraction volontaire est impossible. Si on les excite par des secousses électriques d'intensité suffisante, ils se contractent, mais avec une amplitude plus faible qu'à l'état normal. Les mouvements passifs sont douloureux mais possibles. Si on imprime à un segment de membre contracturé une pression rapide qui l'écarte brusquement de sa position, il revient à cette position quand la pression a cessé, comme s'il était mû par un ressort. Mais si, au lieu d'une pression brusque, on exerce une pression lente, on peut changer définitivement la position des membres contracturés : on peut les fléchir, les étendre, et dans ces conditions les différents segments du membre conservent les attitudes qui leur ont été artificiellement données. La sensibilité cutanée n'est pas modifiée par la production des contractures : la peau reste partout analgésique.

Aussi longtemps que dure la rigidité musculaire, la malade éprouve au niveau des parties contracturées une sensation de tiraillement qui, sans être à proprement parler douloureuse, est cependant désagréable.

Manœuvres susceptibles de faire cesser les contractures provoquées. — Le procédé que nous avons le plus habituellement employé chez Marie Louise pour faire cesser les contractures provoquées, c'est l'*insufflation brusque* sur les parties contracturées. Il faut que l'insufflation soit brusque et énergique, car si elle était légère et continue elle aurait pour effet d'augmenter la violence et la diffusion des contractures. Il faut souvent renouveler plusieurs fois l'insufflation sur une région contracturée pour lui rendre toute sa souplesse.

La friction énergique prolongée sur les masses musculaires contracturées dissipe quelquefois la rigidité, mais son action n'est pas constante.

L'excitation des tendons par malaxation (tendon rotulien, tendon du biceps brachial) ne fait pas disparaître la contracture.

Quand une contracture a été provoquée par suggestion à l'état de veille, on peut également la faire disparaître soit par suggestion simple, soit par insufflation sur les parties contracturées.

Quand, la contracture ayant été produite à l'état de veille, on endort la malade, la contracture persiste pendant le sommeil et alors on ne peut plus

la faire passer, par suggestion pendant le sommeil. Il faut, pour la faire passer, réveiller la malade et lui suggérer à l'état de veille que la contracture est passée. L'insufflation agit également bien pendant la veille ou pendant le sommeil.

Quand la contracture a été produite par suggestion pendant le sommeil et qu'elle persiste après le réveil, elle ne passe ni par suggestion à l'état de veille ni par insufflation. Il faut, pour la dissiper, réendormir la malade et lui suggérer qu'elle peut remuer son bras ou encore pratiquer sur lui des insufflations.

§ 4. **Intelligence.** — L'intelligence de Marie-Louise est plus développée que celle de la plupart des personnes de sa condition. Elle sait lire et écrire correctement. Elle préfère de beaucoup les travaux de l'esprit aux travaux manuels. Elle aime beaucoup la lecture; elle se plaît à faire des vers; sa mémoire est excellente.

Elle accepte assez facilement quelques suggestions impératives. Si on lui donne un verre d'eau saturée de sel marin en lui affirmant que c'est du champagne, elle le boit et lui trouve le goût du champagne. Si on lui affirme que la musique militaire passe dans la rue, elle écoute avec attention et entend cette musique. On peut provoquer par la suggestion à l'état de veille la paralysie ou la contracture de ses membres, mais on ne peut pas lui donner des changements de personnalité ni lui faire accomplir des actes contraires aux convenances ou en opposition avec ses habitudes.

§ 5. **Attaques convulsives.** — Marie-Louise est sujette depuis le mois d'octobre 1881 à des attaques convulsives qui sont surtout fréquentes à l'approche des règles. Ces attaques peuvent survenir spontanément ou être provoquées.

a) Les **attaques spontanées** ont lieu généralement dans la matinée ou dans la première partie de l'après-midi. Très rarement elles surviennent dans la nuit. Elles sont toujours précédées d'une *aura* dont la malade connaît parfaitement les phases et la signification.

Cette aura a deux phases distinctes, l'une psychique, l'autre ovarienne. La *phase psychique* débute de vingt à trente minutes avant l'attaque. La malade devient sombre, triste, mélancolique. Elle demande qu'on la laisse tranquille ou qu'on lui fasse une injection de morphine. En général, elle va se mettre sur son lit et se dépouille de la plus grande partie de ses vêtements. La phase *ovarienne* est de courte durée et précède immédiatement le début des convulsions. Après avoir ressenti quelques glouglous dans le ventre, Marie-Louise éprouve la sensation très nette d'une boule qui se détache du flanc gauche et qui remonte vers l'épigastre. Un grand malaise accompagne cette sensation. Puis, tout à coup, la boule monte à la gorge, sans s'arrêter au cœur. La malade étouffe, il lui semble que la boule l'étrangle; alors elle perd connaissance et les convulsions commencent.

b) Les **attaques provoquées** peuvent être la conséquence immédiate d'une vive contrariété, d'un chagrin, d'une émotion. Elles résultent aussi de l'excitation des zones spasmogènes que nous allons décrire.

Les **zones spasmogènes** de Marie-Louise sont au nombre de trois. Elles siègent :

1° A la région sous-mammaire gauche, au niveau des cinquième et sixième espaces intercostaux ;

2° A la région ovarienne gauche;

3° Au niveau des apophyses épineuses des troisième et quatrième vertèbres dorsales.

La peau qui recouvre les zones spasmogènes est normale. Elle n'est le siège d'aucun trouble vaso-moteur. Sa température est égale à celle des parties voisines du tégument.

Toutes les trois sont *hypno-spasmogènes*, c'est-à-dire que leur excitation légère provoque le sommeil, et leur excitation avive les convulsions. Elles sont *profondes* en ce sens que, pour les mettre en activité, il faut exercer sur elles une compression; le pincement et la piqûre d'un pli de peau n'ont aucun effet sur le développement des convulsions.

La compression est le mode d'excitation le plus simple des zones spasmogènes. Mais on peut également employer d'autres procédés.

La chaleur produite par le rayonnement d'un thermo-cautère détermine d'abord le sommeil hypnotique, puis l'attaque. Le contact de quelques gouttes d'eau froide ou chaude a les mêmes effets.

L'application des électrodes d'un appareil d'induction sur une des zones hypno-spasmogènes provoque le sommeil hypnotique si le courant est faible, et l'attaque convulsive s'il est plus fort.

Les étincelles de la machine à électricité statique produisent immédiatement les convulsions, à la condition que ces étincelles partent des régions spasmogènes et que l'expérience soit faite aussitôt après l'arrivée de la malade sur le tabouret isolant, car, ainsi que nous le verrons plus loin, l'électrisation statique fait disparaître au bout de quelques minutes les zones spasmogènes, et quand ce résultat est obtenu, on ne peut plus provoquer d'attaques par l'excitation de ces zones.

Le chatouillement de la peau des régions hypno-spasmogènes produit le sommeil hypnotique, mais pas les convulsions. Le pincement et la piqûre de ces mêmes régions ne provoquent ni sommeil ni convulsions.

Certaines influences expérimentales sont susceptibles de modifier l'excitabilité des zones spasmogènes. L'*électrisation statique* fait disparaître en quelques minutes toutes les zones spasmogènes de Marie-Louise. Après trois minutes d'électrisation, ces zones sont beaucoup moins excitables qu'au début de l'expérience. Après cinq minutes, les zones sous-mammaire gauche et dorsale ont disparu. La zone ovarienne gauche ne perd son excitabilité qu'après dix minutes. A ce moment, la pression même très énergique des zones hypno-spasmogènes ne provoque plus de convulsions, mais elle détermine toujours le sommeil. Quand l'électrisation a cessé, les zones spasmogènes reprennent graduellement leur excitabilité. Dix minutes environ après que la malade est descendue du tabouret isolant, la zone ovarienne reparaît, puis les zones dorsale et sous-mammaire.

Les *pulvérisations* d'éther n'ont pas le même effet sur toutes les zones.

Dirigées sur les zones sous-mammaire et dorsale, elles en diminuent graduellement l'excitabilité, et quand la peau refroidie arrive à prendre la teinte cadavérique, leur activité spasmogène est totalement suspendue. La pression énergique des zones ainsi modifiées provoque encore le sommeil hypnotique, mais elle ne donne plus lieu aux convulsions. L'éthérisation locale de la région ovarienne gauche a des effets différents : elle ne modifie pas l'excitabilité spéciale de cette région. Même quand la peau est devenue blafarde, sa pression légère provoque le sommeil, et sa pression plus énergique fait éclater les convulsions.

Les *sinapismes* agissent sur les zones spasmogènes comme l'éthérisation locale, c'est-à-dire qu'ils font disparaître les zones sous-mammaire et dorsale et laissent persister la zone ovarienne gauche.

L'action des sinapismes sur les zones sous-mammaire et dorsale est graduelle. Trois minutes après l'application d'un sinapisme Rigollot, l'excitabilité de la zone sous-jacente est déjà très notablement affaiblie. Au bout de dix minutes, elle est complètement abolie, et alors les pressions les plus énergiques ne provoquent plus les convulsions. Lorsqu'on enlève le sinapisme, la zone devenue inexcitable reprend graduellement ses propriétés, et, en général, une demi-heure après, elle est aussi excitable qu'elle l'était avant le début de l'expérience. Nous avons laissé plusieurs fois des sinapismes pendant douze et quinze minutes sur la région ovarienne gauche, et nous n'avons jamais constaté la moindre modification dans l'excitabilité de la zone sous-jacente.

Il existe des zones hypno-spasmogènes sur diverses muqueuses :

1° A la langue, au niveau des papilles caliciformes;

2° Aux loges amygdaliennes et aux piliers postérieurs du voile du palais;

3° Au pharynx buccal;

4° Au bord de l'épiglotte;

5° A la muqueuse de presque toute la fosse nasale gauche et du pharynx nasal.

Les zones des muqueuses sont assez superficielles. Il suffit d'un attouchement peu intense pour les mettre en activité. L'application du courant galvanique peut agir comme moyen excitateur. Une intensité de quatre à six milliampères suffit pour déterminer les convulsions.

Description des attaques convulsives. — Que les attaques convulsives soient survenues spontanément ou qu'elles aient été provoquées, elles présentent exactement les mêmes caractères symptomatiques. Elles se composent de trois phases successives : 1° une phase épileptoïde; 2° une phase clonique; 3° une phase d'hypnose post-convulsive.

Voici le récit détaillé d'une attaque spontanée, observée le 18 juin 1884. Nous transcrivons sans y rien changer les notes prises au moment même de l'attaque.

Après l'aura habituelle, les convulsions débutent brusquement par une contracture générale de tous les membres accompagnée de tremblement de la mâchoire inférieure (phase épileptoïde). Cette contracture dure quinze

secondes. Elle est suivie aussitôt de convulsions cloniques. Il est onze heures et dix-huit minutes quand les grands mouvements commencent. La malade lance ses membres dans toutes les directions, sans aucun ordre apparent. Elle pousse en s'agitant des cris aigus et prolongés. Les pouces sont fléchis dans la paume des mains, et de chaque côté leur extrémité fait saillie contre les phalanges de l'index et du médius. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose et paraît inconsciente de ce qui se passe autour d'elle. La pression des zones hypnogènes ne change rien à son état. La pression des zones hypno-frénatrices lui fait ouvrir les yeux, mais n'arrête pas les convulsions et ne lui permet pas de parler. De temps en temps, elle se met en arc de cercle. A un moment donné, elle reste immobile, dans le décubitus dorsal, avec une contracture tétanique générale. Puis les convulsions cloniques recommencent : la malade se roule dans tous les sens, surtout de droite à gauche, et elle tomberait de son lit si on ne la retenait pas vigoureusement. Après quelques instants, nouvel arrêt en contracture tétanique. La respiration devient stertoreuse, la face se congestionne. Les alternatives d'agitation convulsive et de contracture se reproduisent six fois de suite.

A onze heures vingt-sept minutes, les convulsions s'arrêtent. La malade est alors en *état cataleptoïde les yeux fermés*. Elle entend ce qu'on lui dit et répond aux questions. De temps en temps, elle a quelques soubresauts des membres ou des mouvements brusques du ventre, accompagnés de bruits, de clapotements intestinaux. Elle pousse de loin en loin des soupirs profonds ou est prise de petites quintes de toux. Pas d'attitudes passionnelles.

A onze heures trente-deux, les convulsions recommencent : contracture générale suivie de cris et de convulsions cloniques, mouvements de rotation, attitude en arc de cercle, respiration haletante. La malade se frappe la poitrine et prend à pleine main la peau de la région antérieure du cou comme pour se débarrasser de quelque chose qui l'étoufferait. Arrêt en contracture tétanique.

A onze heures trente-sept, la contracture se dissipe, la respiration est calme, la malade est en état cataleptoïde les yeux fermés. Après un instant de repos, troublé seulement par quelques quintes de toux, elle commence à parler à voix basse sans y avoir été provoquée par aucune question. Autant qu'on en peut juger par les fragments de phrase qu'elle prononce distinctement, elle parle de faits qui se sont passés dans la salle : « C'est un idiot, dit-elle; on n'est pas bête à ce point. A-t-on jamais vu panser un vésicatoire avec de l'acide phénique; aussi je lui ai dit que s'il venait à mon lit il aurait affaire à moi, etc. »

Un peu plus tard elle parle de ses compagnes. Puis, tout à coup, elle songe à sa vie passée. La durée de cette phase d'hypnose post-convulsive est indéterminée. Elle ne cesse que lorsqu'on réveille artificiellement la malade.

Moyens d'arrêter les attaques convulsives; zones spasmo-frénatrices. — On ne peut arrêter les attaques convulsives de Marie-Louise que par la compression énergique de la *région ovarienne droite* ou du *creux épigastrique*. Cette pression doit souvent être prolongée pendant vingt ou trente

secondes pour qu'elle soit efficace. Elle a pour effet d'arrêter les convulsions et de faire passer la malade à l'état cataleptoïde. Pour la ramener à l'état normal, il faut, après avoir arrêté les convulsions par la pression de l'une des zones spasmo-frénatrices, provoquer le réveil soit par la pression d'une des zones hypno-frénatrices dont il sera question plus loin, soit par un autre procédé.

DEUXIÈME PARTIE : — ÉTATS HYPNOTIQUES

Les états hypnotiques que nous avons pu étudier chez Marie-Louise sont : l'*état cataleptoïde* avec somnambulisme et l'*état léthargique*. Nous décrirons successivement chacun de ces états. Nous consacrerons ensuite un chapitre spécial au récit des expériences que nous avons pratiquées sur l'*hypnose unilatérale*.

I. **ÉTAT CATALEPTOIDE AVEC SOMNAMBULISME**. — On peut provoquer chez Marie-Louise deux variétés distinctes de l'état cataleptoïde. Dans la première les yeux sont largement ouverts, dans la seconde les yeux sont fermés. Nous réunirons cependant ces deux variétés dans une description commune parce qu'il n'y a entre elles aucune différence essentielle et qu'elles se confondent par la plupart de leurs caractères.

§ I. **Modes de production de l'état cataleptoïde.** — Marie-Louise fut endormie pour la première fois en 1884 par un étudiant en médecine qui lui fit écouter le tic-tac d'une montre.

Depuis lors elle a fréquemment été endormie et s'endort avec la plus grande facilité; elle a même des attaques de sommeil spontané.

Divers procédés peuvent être employés pour provoquer le sommeil hypnotique en état cataleptoïde les yeux ouverts ou fermés. Ces procédés peuvent déterminer au gré de l'expérimentateur l'une ou l'autre des deux phases de l'état cataleptoïde. Tout dépend de la durée et de l'intensité des causes provocatrices du sommeil. L'état cataleptoïde les yeux ouverts se produit plus tôt que l'état cataleptoïde les yeux fermés. Si donc on veut obtenir la première de ces variétés, il faut arrêter les manœuvres hypnogènes au moment précis où la malade déjà endormie a encore les yeux ouverts. En les prolongeant plus longtemps, les paupières s'abaisseraient et la malade passerait à l'état cataleptoïde les yeux fermés.

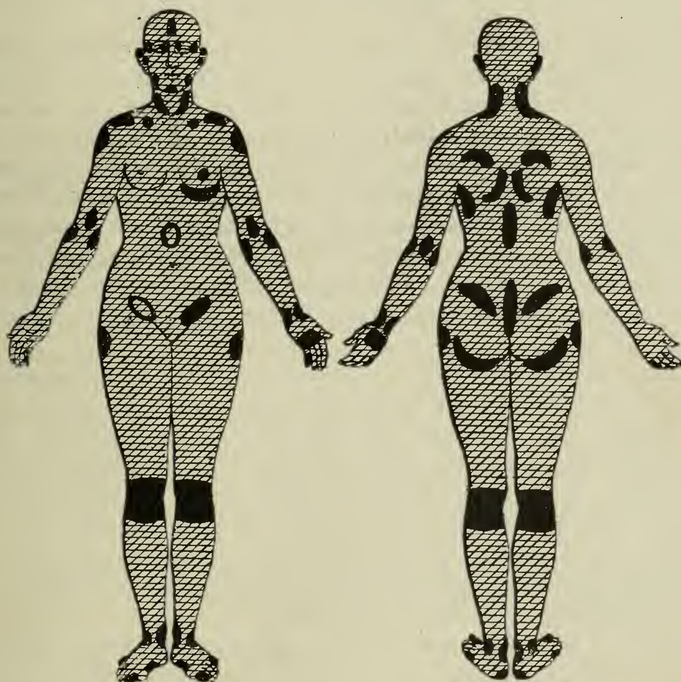
Les procédés que nous avons surtout employés pour provoquer expérimentalement chez Marie-Louise l'état cataleptoïde sont :

1° **La fixation du regard sur un objet** quelconque, brillant ou non, mobile ou immobile, lointain ou rapproché. Si l'objet fixé par la malade est brillant et rapproché, le sommeil est, pour ainsi dire, immédiat, et il paraît avoir lieu d'emblée les yeux fermés. Dans les conditions contraires le sommeil ne survient qu'après quelques secondes de fixation, et il se produit d'abord les yeux ouverts, puis les yeux fermés. Si on place la malade en face

de la lumière très vive d'une lampe à projections (lampe au pétrole à trois mèches plates, donnant une intensité lumineuse de 80 bougies), elle s'endort très rapidement les yeux fermés. Une fois endormie, on peut ouvrir ses paupières sans déterminer de catalepsie vraie et les fermer sans provoquer de léthargie ni de crises convulsives.

2° **L'audition d'un bruit monotone,** tel que le tic-tac d'une montre ou d'un métronome. Le sommeil a lieu au bout de quelques secondes : il se produit primitivement les yeux ouverts et secondairement les yeux fermés. La musique endort assez rapidement la malade.

Fig. 54. — Zones hypno-spasmogènes de Marie-Louise F...



Les diapasons ut_4 (512 v. d.) et ut_5 (1012 v. d.) endorment la malade si on les fait résonner devant l'oreille. Placés sur le crâne ils ne produisent aucun effet.

Les sons aigus du sifflet de Galton endorment également la malade, mais seulement par l'oreille droite.

3° **L'injonction pure et simple** ne provoque pas le sommeil. Mais si on donne à la malade une boîte d'allumettes en la priant de l'ouvrir et en lui affirmant qu'elle s'endormira immédiatement après l'avoir ouverte, elle s'endort au moment désigné en état cataleptoïde les yeux ouverts.

4° **L'excitation des zones hypnogènes.** Ces zones sont répandues sans ordre apparent sur le tronc, la tête, les membres. Nous indiquerons brièvement leur topographie, les différents modes d'excitation qui sont susceptibles de mettre en jeu leur activité et les expériences que nous avons faites pour modifier expérimentalement leur excitabilité.

a) *Topographie des zones hypnogènes.* — Ces zones sont extrêmement nombreuses. Par l'exploration méthodique de toute la surface du corps nous n'en avons pas trouvé moins de soixante-quatorze. Il en existe sur la tête, le cou, le thorax, l'abdomen, les membres supérieurs et les membres inférieurs. Presque toutes sont symétriques, mais quelques-unes ne sont représentées que d'un seul côté. *(Fig. 54.)*

Il existe une zone hypnogène très active sur la muqueuse de la fosse nasale droite.

b). *Moyens d'excitation des zones hypnogènes.* — La *pression légère* sur l'une quelconque des zones dont nous venons d'indiquer la topographie provoque le sommeil hypnotique en état cataleptoïde les yeux ouverts. Il importe, pour obtenir ce résultat, que la pression soit légère, car si elle dépasse un certain degré, le sommeil se produit en état cataleptoïde les yeux fermés. Toutes les zones hypnogènes de Marie-Louise sont, en effet, des zones à effets successifs, c'est-à-dire qu'en les comprimant graduellement on obtient deux phases successives de l'état cataleptoïde : premièrement l'état cataleptoïde les yeux ouverts, secondement l'état cataleptoïde les yeux fermés. Si la compression est exercée dans l'intervalle des zones, on n'observe aucun effet hypnogène.

c). *Agents modificateurs de l'excitabilité des zones hypnogènes.* — Nous avons tenté de modifier l'excitabilité des zones hypnogènes par les mêmes procédés que nous avons appliqués aux zones spasmogènes. Aucun de ses procédés ne nous a paru avoir d'action sur les zones hypnogènes.

Nous pratiquons des *pulvérisations d'éther* sur une des zones des membres ou du tronc. Quand la peau a pris, sous l'influence du froid, l'aspect cadavérique, sa compression provoque encore le sommeil hypnotique.

L'*application de sinapismes* sur une zone hypnogène quelconque paraît ne rien changer à l'excitabilité de cette zone.

L'*anémie locale* produite par l'enroulement d'une bande de caoutchouc est également sans action sur les zones hypnogènes. Nous appliquons une bande d'Esmarch sur le membre supérieur droit, depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'épaule. Au bout de trois minutes, la peau du membre est pâle. Après cinq minutes, ayant placé un lien de caoutchouc à la partie supérieure du bras, nous enlevons la bande et nous constatons que toutes les zones hypnogènes et hypno-frénatrices du membre anémié ont conservé leur excitabilité. Et cependant l'anémie est arrivée à un point tel que le fonctionnement des nerfs et des muscles en est singulièrement altéré. La sensibilité au contact est abolie; les mouvements volontaires sont impossibles; le sens musculaire est tout à fait perdu; pendant le sommeil, les doigts et l'avant-bras ne conservent plus les attitudes cataleptoïdes, et le contact des métaux sur ces parties ne détermine plus de douleur ni de contracture.

L'électrisation statique ne modifie en aucune façon les effets de l'excitation des zones hypnogènes et hypno-frénatrices. Sur le tabouret même de la machine après dix ou quinze minutes d'électrisation on peut endormir la malade par la pression des points hypnogènes et la réveiller par la pression des régions hypno-frénatrices.

§ 2. **Symptômes de l'état cataleptoïde.** — Quand on endort Marie-Louise par la fixation du regard, elle fait d'abord une vive inspiration, un léger mouvement de la tête en haut et en arrière, et tombe à l'état cataleptoïde les yeux fermés. Il en est de même quand on excite une zone hypnogène ou quand on fait entendre auprès d'elle un bruit brusque et soudain, ou qu'on lui dit : « Dormez, » mais alors l'invasion de l'état cataleptoïde est beaucoup plus brusque et rapide.

Dans l'état cataleptoïde, Marie-Louise peut ouvrir ou fermer les yeux quand on le lui ordonne.

A). **Phénomènes musculaires** — Lorsque Marie-Louise est en état cataleptoïde les yeux ouverts ou fermés, elle reste habituellement immobile. Mais si on la prie d'exécuter des mouvements déterminés, de se lever, de marcher, etc., elle obéit avec autant d'assurance qu'elle pourrait en avoir à l'état de veille. Si elle a les yeux ouverts, elle peut même coudre, tricoter, broder, écrire, aussi adroitement que si elle était éveillée.

L'exploration dynamométrique révèle un affaiblissement assez notable des forces, surtout dans les membres inférieurs.

	État de veille.	État cataleptoïde yeux ouverts.	Etat cataleptoïde yeux fermés.
Main droite. . . .	16 kilos.	12 kilos.	12 kilos.
— gauche . . .	13 —	14 —	10 —
Jambe droite . .	16 —	7 —	7 —
— gauche . .	12 —	9 —	7 —

Le sens musculaire est conservé intact : la malade peut porter sans hésitation l'une ou l'autre de ses mains sur son nez ou sur son talon ; elle atteint toujours sans tâtonnements préalables le but voulu.

Les réflexes rotuliens sont plus brusques et plus amples qu'à l'état de veille.

Lorsque la malade est au repos, ses membres ne présentent pas de rigidité. On peut les élever et les porter dans tous les sens sans éprouver de résistance notable. Mais tous les membres conservent les attitudes cataleptoïdes, c'est-à-dire que si on les abandonne en l'air, après les avoir élevés, ils restent dans la position qu'on leur a donnée jusqu'à ce qu'on dise à la malade de les déplacer volontairement ou qu'on souffle brusquement sur eux.

Les muscles présentent un certain degré d'hyperexcitabilité qui se traduit, selon le mode d'excitation, par des contractures diffuses ou par des contractures limitées.

1° **Contractures diffuses.** — On peut provoquer des contractures diffuses par divers procédés.

La secousse brusque d'un membre détermine la contracture immédiate de tout le membre correspondant et même du membre symétrique.

L'insufflation légère et prolongée de la peau des membres ou du tronc détermine très rapidement une contracture diffuse des muscles du membre correspondant. Cette contracture gagne rapidement de proche en proche les muscles voisins; elle s'étend aux autres membres et elle finit par se généraliser à tout le corps.

Le chatouillement superficiel de la peau, qu'il soit pratiqué à l'aide des doigts, d'un pinceau à aquarelle, d'un fragment de papier ou d'étoffe, etc., donne lieu aux mêmes phénomènes que l'insufflation légère du tégument.

L'application sur la peau d'une pièce métallique provoque très rapidement une contracture diffuse des muscles sous-jacents. En quelques secondes cette contracture se généralise. Nous appliquons une pièce d'argent sur le membre inférieur droit, la contracture envahit successivement les muscles du membre supérieur droit, puis ceux du membre supérieur gauche, puis ceux du membre inférieur droit, puis ceux du membre inférieur gauche.

La contracture provoquée par le contact des métaux détermine un développement de forces musculaires supérieur à celui qui peut avoir lieu sous l'influence de la volonté. Ainsi nous plaçons dans la main droite de Marie-Louise un dynamomètre dont les branches sont recouvertes d'étoffes afin d'éviter l'excitation qui résulterait du contact des métaux entrant dans la composition de l'instrument. Puis nous appliquons sur le groupe des muscles épicondyliens de l'avant-bras une pièce d'or. Aussitôt les doigts se fléchissent et l'aiguille du dynamomètre s'élève à 32 kilos, tandis que sous l'influence volontaire la pression de la main droite ne dépasse pas 12 kilos à l'état hypnotique et 16 kilos à l'état de veille.

Ces phénomènes de contracture diffuse sont évidemment des phénomènes réflexes d'origine cutanée. Nous avons fait pour le démontrer l'expérience suivante : Marie-Louise étant hypnotisée, nous faisons avec l'appareil de Richardson une pulvérisation d'éther sur la partie antérieure de l'avant-bras droit. Après deux minutes de réfrigération, sa peau n'ayant pas encore pris la teinte cadavérique, nous appliquons sur elle une pièce d'or, nous la chatouillons avec un pinceau, et ces excitations ne provoquent aucune réaction musculaire. A ce moment même le muscle a conservé sa contractilité volontaire, car la malade peut porter sa main à sa bouche si on le lui demande.

Il peut se contracter également sous l'influence des excitations directes, car la percussion et le pincement brusque du corps du biceps déterminent des contractions de ce muscle.

Parmi les phénomènes intéressants auxquels donne lieu l'hyperexcitabilité cutano-musculaire, il faut citer l'*arrêt de la parole*. Si, pendant que la malade parle d'une façon continue, on lui applique fortement les doigts sur les régions temporales, massétérines, sus-hyoïdiennes ou laryngiennes, la parole s'arrête brusquement. Cet arrêt est dû à la contracture des muscles des mâchoires et du larynx, racture qu'on peut faire disparaître en

soufflant brusquement sur les régions qui ont été comprimées. Si le contact du doigt est très léger, la parole se ralentit, s'arrête même, mais il n'y a pas de contracture persistant après la cessation de cette excitation légère, et la malade peut recommencer à parler aussitôt après qu'on a écarté le doigt.

Quand l'arrêt de la parole est produit par l'excitation des régions temporales ou massétérines, la malade ne peut pas tirer la langue hors de la bouche ; elle ne peut pas non plus ouvrir les mâchoires, mais si on la prie de faire un effort, elle peut produire quelques sons gutturaux inarticulés. Quand, au contraire, l'arrêt de la parole a été provoqué par l'excitation des régions laryngienne ou sus-hyoïdienne, elle peut tirer la langue hors de la bouche ; mais, en revanche, elle ne peut proférer aucun son : elle est absolument aphone.

2° **Contractions isolées des muscles.** — Par des excitations limitées de la peau qui recouvre les muscles ou leurs tendons, on peut obtenir des contractions isolées de chacun des muscles superficiels. Pour provoquer ces contractions isolées il faut ou bien frôler légèrement la peau au-dessus du muscle qu'on veut faire contracter ou de son tendon, ou bien encore comprimer légèrement ces organes soit avec le doigt, soit avec un corps étranger. (V. *planches VI* à *X.*)

Lorsqu'on se sert du doigt ou d'un objet en bois, en verre, en os, en caoutchouc, etc., pour exciter la peau, les contractions des muscles sous-jacents sont lentes et disparaissent rapidement après la cessation de l'excitation. Si, au contraire, on agit avec des substances métalliques, la contraction est beaucoup plus brusque et le muscle reste contracturé après que le métal est séparé de la peau.

Les métaux les plus actifs sont : l'or, l'argent et le cuivre. Le fer, l'acier, le plomb, l'étain, le zinc provoquent des effets beaucoup moins violents.

Citons quelques exemples des phénomènes produits par l'excitation isolée des muscles [1].

La plupart des muscles de la jambe peuvent être contracturés isolément par les procédés que nous venons d'indiquer. Ainsi il suffit de passer le bord d'une pièce d'or sur la face postérieure du mollet ou du tendon d'Achille pour donner lieu à la production immédiate d'un pied bot équin. En touchant le tendon du jambier postérieur derrière la malléole interne, on produit le pied bot varus. L'excitation des tendons des péronniers derrière la malléole externe provoque le pied bot valgus.

En excitant la patte d'oie on amène la flexion de la jambe sur la cuisse avec l'attitude spéciale qui a fait donner au couturier le nom de santorius.

Les muscles du pied, du tronc, du cou se comportent exactement comme ceux des jambes. Nous avons pu faire contracter isolément les masséters, les temporaux, les ptérygordiens internes, les muscles de la face, le peaucier du cou, les différents faisceaux du trapèze, du grand dorsal, du grand pectoral, du deltoïde, etc. Dans la langue on peut isoler l'action du cérato-glosse, du génio-glosse, du stylo-glosse. Rien n'est plus facile que

[1] Toutes ces expériences ont été faites sous le contrôle et avec l'obligeant concours de notre excellent collègue et ami, M. le professeur Bouchard.

de démontrer chez notre malade les fonctions des différents muscles de la main et de l'avant-bras.

Certains muscles répondent aux excitations légères et continues par des contractions rythmiques. Tels sont les muscles masticateurs. On peut, du reste, dissocier l'action de plusieurs de ces muscles. Si, par exemple, on applique simplement l'extrémité du doigt ou d'une tige de bois sur la région massétérine, on observe des mouvements directs d'élévation et d'abaissement de la mâchoire inférieure. Si on applique le même agent excitateur au-dessous de l'angle de la mâchoire, on obtient des mouvements de latéralité du maxillaire inférieur. Si, enfin, on excite à la fois le ptérygordien et le masséter en mettant un doigt en avant de la branche montante du maxillaire inférieur et l'autre au-dessous de l'angle du même os, on provoque les mouvements complexes de la mastication ordinaire.

Signalons encore un très curieux phénomène. Quand on soumet à une excitation légère et continue deux muscles ou deux groupes musculaires antagonistes, les muscles ainsi excités se contractent alternativement de telle sorte qu'ils impriment des mouvements successifs et en sens inverse aux parties sur lesquelles ils s'insèrent. Ainsi, si on applique un doigt sur le sterno-cléido-mastoïdien droit et un autre sur le sterno-cléido-mastoïdien gauche, la tête exécute une série de mouvements de rotation à droite et à gauche, et ces mouvements se reproduisent tant que dure l'excitation simultanée des deux muscles.

Cette expérience réussit également sur les membres. On applique les deux mains sur les faces antérieure et postérieure de l'un des avant-bras de la malade. La main correspondante s'étend et se fléchit alternativement jusqu'à ce que l'une des mains ne soit plus en contact avec l'avant-bras.

De même, pour les muscles antagonistes du tronc, si on place une main sur le ventre de la malade et l'autre sur son dos, on provoque des mouvements alternatifs de projection du bassin en avant et en arrière.

β) **Phénomènes sensitifs.** — La sensibilité cutanée et des muqueuses dans les états cataleptoïdes est exactement telle que nous l'avons décrite à l'état de veille. Il y a analgésie totale (sauf sur les points très limités que nous avons indiqués précédemment) sans anesthésie. La malade ne ressent pas la douleur, mais elle perçoit partout les contacts, les frôlements les plus légers de la peau. Le chatouillement des muqueuses nasale et labiale donne lieu à des réflexes intenses. Les zones spasmogènes conservent toute leur excitabilité.

Quand les yeux sont fermés, les paupières sont animées d'un petit mouvement de trépidation. Si on les soulève, on aperçoit les globes oculaires dirigés en bas en strabisme convergent.

Si les yeux sont ouverts, la malade paraît regarder dans le vague sans fixer aucun objet. Elle voit très bien ce qui se passe autour d'elle et peut diriger ses yeux de côté et d'autre, dans tous les sens. Elle peut aussi ouvrir ou fermer les paupières volontairement.

Les pupilles sont égales; elle sont sensibles à la lumière et à l'accommodation. Elles se dilatent sous l'influence des excitations cutanées.

Les autres sens fonctionnent comme à l'état de veille. Nous n'avons constaté aucun phénomène indiquant une hyperexcitabilité sensorielle notable.

Lorsque Marie-Louise est endormie les yeux ouverts, il est facile de provoquer les phénomènes de la *prise de la vue*. Il suffit pour cela de placer l'objet sur lequel on veut prendre sa vue à quinze ou vingt centimètres de ses yeux; ses regards se fixent alors sur l'objet, et la malade en suit tous les mouvements comme si elle ne pouvait en détacher ses yeux. Il est possible cependant de diriger le regard de la malade sur d'autres objets. Il suffit pour cela d'interposer la main entre son l'œil et l'objet sur lequel il est fixé. Le regard se porte alors sur la main, et par un geste brusque on peut indiquer un objet nouveau vers lequel se dirigent aussitôt et se fixent les regards de la malade. On peut aussi fixer chacun des yeux sur un objet différent, et quand les deux yeux sont fixés sur un même point, on peut diriger un seul œil sur un autre point, l'autre œil restant fixé sur le premier.

Le phénomène de la prise de la vue nous a inspiré quelques expériences dont nous devons donner ici les résultats.

Expérience 1. — Nous fixons les regards de la malade sur une feuille de papier. Puis nous déchirons lentement, devant ses yeux, la feuille en deux, quatre, huit, seize morceaux; elle suit sans manifester d'angoisse les mouvements des mains qui déchirent le papier. Mais si on jette les morceaux dans l'appartement, elle se précipite pour les ramasser, et quand elle les a réunis dans sa main, elle cherche à les rapprocher les uns des autres en les étalant sur une table ou sur son tablier, de façon à reconstituer dans la mesure du possible la feuille de papier entière.

Exp. 2. — Nous séparons en deux une feuille de papier à lettre ordinaire. L'une des moitiés de la feuille est divisée en huit fragments sensiblement égaux, que nous cachons dans une de nos poches après avoir fait dans un de leurs coins une petite piqûre d'aiguille pour les reconnaître ultérieurement. L'autre nous sert à prendre le regard de la malade, préalablement placée en état cataleptoïde les yeux ouverts. Cela fait, nous divisons lentement la demi-feuille sur laquelle est fixé le regard de Marie-Louise en deux, quatre et huit morceaux. Puis, tout à coup, nous dispersons à la fois dans l'appartement les seize morceaux de papier provenant de la division des deux demi-feuilles, dont l'une seulement a servi à la prise du regard. La malade se précipite, ramasse tous les morceaux et, les examinant les uns après les autres, elle en rejette huit et en conserve huit qu'elle se met aussitôt à rajuster. Pendant ce temps, nous examinons les fragments qu'elle a repoussés, et nous pouvons nous assurer qu'ils proviennent tous de la demi-feuille qui n'a pas servi à la prise du regard.

Exp. 3. — Nous fixons le regard de Marie-Louise sur une fiche en carton blanc de la grandeur d'une carte de visite, sur le dos de laquelle nous avons fait une marque à peine perceptible. Nous tenons cachées dans

la main neuf autres fiches semblables, mais non marquées. A un moment donné, nous lançons en l'air les dix fiches. La malade les ramasse toutes, les examine les unes après les autres et en conserve une seule sur laquelle elle fixe son œil. Une fois, sur trois expériences de ce genre, elle a pris la fiche qui avait servi à fixer son regard; les deux autres fois, elle a gardé une des fiches du paquet.

Exp. 4. — Nous fixons le regard de Marie-Louise sur une pièce de cinq francs en or; puis nous mêlons cette pièce avec cinq autres aussi semblables que possible à la première. Marie-Louise regarde attentivement toutes les pièces et, avec son doigt enveloppé dans son tablier, elle retire du milieu des six pièces celle sur laquelle son regard a été fixé. Sur trois expériences de ce genre, elle a trois fois retrouvé sa pièce. Nous avons fait souvent cette expérience avec d'autres objets, des sous, des plumes, etc., avec des résultats variables.

Exp. 5. — Nous fixons le regard de Marie-Louise sur une feuille de papier à lettre; puis, à un moment donné, nous allons cacher cette feuille de papier dans un appartement voisin. Pendant ce temps, on retient de force Marie-Louise qui s'agite et se débat pour suivre l'objet qui avait fixé son regard. Aussitôt qu'on la laisse libre, elle se rend dans l'appartement voisin, cherche de tous côtés et finit par trouver le papier dont elle s'empare.

Dans une autre expérience, au lieu de mettre dans l'appartement la feuille de papier à lettre ayant servi à fixer le regard, nous y plaçons une autre feuille du même cahier de papier, c'est-à-dire tout à fait semblable à la première. Marie-Louise, arrivant dans l'appartement, saisit la seule feuille de papier qu'elle y trouve et ne paraît pas s'apercevoir de la substitution qui a été faite.

Exp. 6. — On fixe le regard de la malade sur deux personnes différentes. Au bout d'un moment, l'une des personnes se met à marcher. Marie-Louise reste un instant hésitante et anxieuse, puis elle saisit vivement par le bras la personne qui est restée immobile, et, l'entraînant avec elle, elle va suivre tous les mouvements que fait l'autre personne.

Nous avons donné à cette expérience des formes variées. Ainsi nous fixons le regard de Marie-Louise d'un côté sur une clef enfoncée dans la serrure d'une porte, et de l'autre sur la main d'une personne. Quand la personne retire sa main ou s'écarte de la serrure, Marie-Louise, après un moment d'angoisse très vive, saisit la clef, l'emporte en la tenant à vingt centimètres environ de son œil et suit les mouvements de la main sur laquelle est fixé son autre œil.

Le phénomène de la *prise de l'ouïe* ne se produit pas chez Marie-Louise avec une grande intensité. Cependant, si on produit auprès d'une de ses oreilles un bruit monotone ou répété (claquement des doigts, par exemple), elle tend l'oreille et se rapproche assez vivement du point de départ du bruit. Elle s'arrête, indifférente, aussitôt que le bruit cesse.

On peut également prendre, par les procédés appropriés, les sens de l'odorat et du toucher.

La musique est agréable à la malade. Si on joue auprès d'elle un air bien cadencé, cela lui donne envie de danser, mais cela ne l'attire pas. Les sons discordants ne paraissent pas produire sur elle une impression douloureuse.

C) **Phénomènes psychiques. Suggestions.** — Lorsque Marie-Louise vient d'être endormie et qu'on lui demande sans préambule : « A quoi pensez-vous? » elle répond invariablement : « A rien. » Cependant son intelligence est susceptible d'activité. Si on lui parle, elle répond avec précision aux questions qu'on lui pose; sa mémoire est aussi vive qu'à l'état de veille. Elle peut faire mentalement des calculs, additionner, par exemple, 142 et 225. Elle peut réfléchir.

Au premier abord, il n'y a donc aucune différence essentielle dans le fonctionnement de l'intelligence entre l'état de veille et l'état cataleptoïde. En poussant plus loin l'analyse, on reconnaît cependant bien vite que, pendant l'état cataleptoïde, la malade accepte les suggestions avec une facilité beaucoup plus grande qu'à l'état de veille. Nous indiquerons, avec quelques détails, les suggestions très variées qu'on peut lui faire accepter.

1° **Suggestions portant sur des phénomènes sensitifs.** — Par suggestion verbale, on peut donner lieu à toutes sortes d'illusions et d'hallucinations sensorielles et, par suite, à des séries d'actes coordonnés, en rapport avec les perceptions erronées que la suggestion a fait naître. Les exemples suivants permettront de se rendre compte de l'exactitude de la proposition précédente :

a) *Vue.* — Bien que les yeux soient fermés et qu'ils ne reçoivent aucune impression visuelle, on peut suggérer à Marie-Louise une foule d'hallucinations de la vue. Si on lui dit d'aller cueillir là, tout près, dans ce parterre, une fleur, elle va à l'endroit désigné, se baisse, fait le geste de cueillir une fleur, de la porter à ses narines et, finalement, de la fixer à son corsage.

b) *Ouïe.* — Elle entend tous les bruits qu'on désigne à son attention : les cloches, l'orage, la fanfare militaire, etc.

c) *Odorat.* — On présente à la malade une fiole contenant de l'ammoniaque liquide en lui disant que c'est de l'eau de Cologne : « Oh! que ça sent bon, dit-elle en aspirant profondément, je vais en mettre un peu sur mon mouchoir. »

d) *Goût.* — On met sur sa langue une boulette de papier en lui disant que c'est une pastille de chocolat : elle trouve que c'est délicieux. On lui donne, au contraire, une pastille de chocolat en lui disant que c'est de la quinine : « Oh! que c'est amer! » dit-elle, et elle demande de l'eau pour se rincer la bouche.

e) *Sensibilité générale.* — On dit à la malade (qui est normalement analgésique totale) : « Quand on vous piquera sur le bras droit, vous le sentirez très bien; » et, à partir de ce moment, elle se plaint très vivement si on la pique sur le bras droit (même lorsqu'elle ne voit pas qu'on la pique), et reste indifférente aux piqûres les plus profondes pratiquées sur le reste du corps.

Les phénomènes d'haphalgésie peuvent être atténués dans une certaine mesure par suggestion, mais ils ne sont pas totalement abolis. Si, par exemple, on dit à la malade : « Voici une pastille de menthe » et qu'on lui présente une pièce d'argent, elle prend la pièce et se dispose à la porter à sa bouche ; mais elle la rejette bientôt très vivement parce que, dit-elle, « cela lui brûle les doigts. »

On peut, par suggestion, abolir ou du moins considérablement diminuer certains réflexes des muqueuses. Ainsi nous disons à la malade (après lui avoir rendu par suggestion la sensibilité des muqueuses) qu'elle n'aura plus de nausées quand on lui touchera le pharynx buccal et nasal ou l'épiglotte, et, en effet, des attouchements réitérés de ces parties sont supportés sans haut-le-corps, bien que la malade continue à sentir le contact ; c'est à peine si l'on voit se produire quelques contractions légères des muscles constricteurs du pharynx. Ou nous défendons à la malade d'éternuer quand nous irriterons sa muqueuse nasale ; elle n'éternue plus, bien qu'elle sente le contact de la sonde. Ou nous lui suggérons de ne plus tousser, quoi que nous puissions faire dans son larynx ; dès lors, elle supporte le badigeonnage de ses aryténoïdes et n'émet que rarement une petite toux, tandis qu'avant la suggestion l'attouchement léger de cette région provoquait des accès de toux violents.

2° **Suggestions portant sur des phénomènes moteurs.** — Si on dit à la malade : « Votre bras droit est attaché, vous ne pouvez plus le remuer, » son bras droit reste immobile jusqu'à ce qu'on lui ait dit qu'il était détaché. Si on lui dit que ses jambes sont paralysées, elle hésite un instant, puis s'affaisse sur le sol comme si elle était devenue subitement paraplégique.

On la prie de tourner une roue qui se trouve dans le laboratoire pour actionner une machine à électricité statique et pendant qu'elle exécute cet ordre on lui dit qu'elle ne peut plus s'arrêter ; elle continue alors à tourner la roue sans que rien puisse l'en détourner. Si on la prie de faire autre chose, si on lui dit de s'en aller dans sa salle, elle refuse énergiquement et ne cesse de tourner la roue que lorsqu'on lui dit qu'elle peut s'arrêter.

La force musculaire peut être notablement diminuée ou augmentée par simple suggestion verbale. Les chiffres suivants indiquent la force de pression développée par les mains : 1° au début de l'expérience avant toute suggestion ; 2° après qu'on a affirmé à la malade qu'elle était très faible ; 3° après lui avoir dit qu'elle était devenue étonnamment forte :

	1°	2°	3°
Main droite.	16k	8k	34k
Main gauche	14k	7k	30k

L'excitabilité musculaire peut être diminuée par suggestion, mais nous n'avons jamais pu l'abolir complètement. La pression énergique sur la masse charnue ou sur le tendon d'un muscle provoque toujours la contraction de ce muscle, et le contact des métaux actifs, de l'or, de l'argent, du cuivre provoque toujours la contracture des muscles sous-jacents.

3° **Suggestions portant sur des phénomènes psychiques.** — On peut suggérer à Marie-Louise les sentiments les plus opposés: « Vous êtes bien triste! » lui dit-on, et aussitôt elle prend un air larmoyant et songe à tous les événements douloureux de sa vie passée. Vient-on à lui dire : « Comme vous êtes gaie maintenant! » elle devient souriante et ne pense plus qu'à des choses gaies.

La mémoire peut être totalement ou partiellement abolie par suggestion : « Vous ne connaissez plus M. X..., » lui dit-on, et bien que M. X... soit un des élèves du service qui s'occupe beaucoup des hystériques, Marie-Louise ne le reconnaît pas lorsqu'il s'approche d'elle; elle le traite comme un étranger dont elle n'aurait jamais vu la figure ni entendu prononcer le nom.

4° **Suggestions d'actes.** — Tous les actes qu'on ordonne impérieusement à Marie-Louise d'exécuter sont accomplis, sans la moindre hésitation.

Les suggestions d'actes délictueux ou criminels sont exécutées sans résistances sérieuses. Nous avons fait simuler des meurtres, des vols, et ces actes ont été accomplis par la malade avec une complète indifférence. Et si on lui parlait ensuite des conséquences que ces actes pourraient avoir pour elle, elle répondait invariablement : « Ma foi, tant pis! advienne que pourra. Je dirai que c'est moi; on me fera ce qu'on voudra! »

5° **Suggestions portant sur des phénomènes morbides.** — Toutes les zones spasmogènes et spasmo-frénatrices peuvent être abolies par suggestion. « On ne pourra plus vous donner d'attaques en vous pressant sous le sein gauche, » dit-on à la malade, et la pression la plus énergique de la région désignée ne détermine plus de convulsions. On peut aussi créer des zones spasmogènes nouvelles : Si l'on dit à la malade que désormais la pression sur le milieu du sternum ou sur le menton provoquera des attaques convulsives, le milieu du sternum ou le menton deviennent des zones spasmogènes actives.

Les zones hypnogènes et hypno-frénatrices peuvent également être créées ou abolies par suggestion. Seules les zones idéogènes dont il sera question plus loin résistent aux suggestions les plus impératives de l'expérimentateur.

6° **Suggestions par les attitudes corporelles et par l'excitation des muscles de l'expression du visage.** — Certaines attitudes corporelles font naître dans l'esprit de la malade des sentiments ou des hallucinations dont le caractère est en rapport avec la nature des attitudes qui les provoquent. Exemples :

On applique les deux mains de la malade l'une contre l'autre et on les élève à la hauteur du menton dans l'attitude de la prière. Aussitôt le visage de Marie-Louise prend une expression extatique, et si on lui demande à quoi elle pense : « Je prie la Sainte Vierge! dit-elle! » — Elle est donc là? — « Mais oui, vous ne la voyez pas ? » Si, au contraire, on ferme ses poings, elle se met en défense, lance des coups dans le vide et s'écrie : « Va-t-en d'ici, méchante femme! tu viens pour nous espionner, etc. »

Nous avons indiqué précédemment qu'il était possible chez Marie-Louise, pendant le sommeil en état cataleptoïde, de provoquer, par des excitations limitées de la peau, des contractions isolées des muscles sous-jacents. Les muscles de la face, comme ceux du tronc et des membres, se contractent sous l'influence des excitations cutanées. Dès lors on comprend qu'il soit relativement facile, en choisissant convenablement les points d'excitation, de faire contracter les muscles qui président à l'expression des sentiments et de donner aussi au visage de la malade le masque de la colère, du dédain, de la tristesse, de la gaîté, etc. Mais ce qui rend les expériences de ce genre particulièrement intéressantes, c'est que la contraction des groupes musculaires qui déterminent les diverses expressions de la physionomie, a un retentissement immédiat sur l'intelligence du sujet et fait naître dans son esprit des idées, des sentiments ou des hallucinations en rapport avec les expressions actuelles de son visage. Les expériences suivantes, faites avec le concours de M. le professeur Bouchard, ne laissent pas de doutes à ce sujet.

Dans toutes ces expériences les muscles ont été excités par une pression légère faite à l'aide de baguettes de verre, la malade étant en état cataleptoïde les yeux ouverts ou fermés.

1. — On applique les baguettes de verre immédiatement en dehors et au-dessous des angles de la bouche. La malade rit aux éclats et s'écrie : « Oh ! que c'est drôle ! que c'est drôle ! » *(Planche VI, fig. 2.)*

2. — Les baguettes sont appliquées immédiatement en dehors des ailes du nez. Le visage de la malade prend l'expression du mépris moqueur. *(Planche VII, fig. 2.)*

3. — Les baguettes sont appliquées au-dessus du bord interne des sourcils. La malade prend un air courroucé, elle lève sa main droite dans l'attitude de la menace, et s'écrie avec fureur : « Laissez-moi la battre, laissez-moi faire. Va-t-en, mauvaise femme ! Nous n'avons pas besoin de toi ! » *(Planche VII, fig. 4.)*

4. — Les baguettes sont appliquées au niveau de l'angle externe des yeux. La malade devient triste; elle pleure; elle croise ses avant-bras sur sa poitrine, et si on lui demande à quoi elle pense, elle répond qu'elle songe à la peine qu'elle a faite à ses parents. *(Planche VII, fig. 3.)*

5. — Les baguettes sont appliquées sur le front, au niveau de la ligne d'insertion des cheveux et à trois centimètres environ de chaque côté de la ligne médiane. Tout le visage de la malade prend l'expression du doute. En même temps elle soulève ses épaules, ouvre à moitié ses mains et dit en avançant les lèvres : « Oui, elle a peut-être raison. » *(Planche VI, fig. 4.)*

6. — En appliquant une seule des baguettes sous le menton, la malade ouvre la bouche et paraît surprise. *(Planche VIII, fig. 2.)*

7. — Si on excite les muscles masticateurs (masséter, ptérygordiens, etc.) par les procédés que nous avons indiqués plus haut, la malade fait des mouvements de mastication, et si on l'interroge, elle dit qu'elle mange quelque chose de fade, du pain sec ou de la salade sans sel ni vinaigre.

7° **Zones idéogènes.** — Nous connaissons à Marie-Louise deux zones idéogènes très nettes. La première est une *zone d'extase.* Elle siège sur le sommet du crâne où elle occupe de chaque côté du vertex, à trois ou quatre centimètres de la ligne médiane, un espace restreint, mesurant environ trois centimètres carrés.

La seconde est une *zone de babillage* qui siège sur la face externe des deux apophyses mastoïdes.

Quand on excite par friction ou par compression les zones d'extase, la malade lève les yeux au ciel, elle joint les mains dans l'attitude de la prière et voit une Sainte Vierge. Les mêmes excitations appliquées en avant ou en arrière de ces zones déterminent la contraction des muscles occipito-frontaux, avec froncement de la peau du front et de la nuque, mais sans hallucination ni attitude extatique. *(Planche VIII, fig. 1.)*

L'excitation des *zones de babillage* fait parler la malade avec une volubilité et une vivacité qui ne sont pas du tout dans ses habitudes. Les propos qu'elle tient alors sont très variables. Le plus souvent, ils se rapportent à des faits qui se sont passés dans la salle. Les phrases se suivent sans interruptions, sans arrêts. Souvent elles se succèdent précipitamment sans être reliées par des transitions logiques. La malade parle pour le plaisir de parler, parce qu'elle a envie de parler, parce qu'elle ne peut pas s'empêcher de parler, et tant que dure l'excitation des régions mastoïdiennes, elle dit tout ce qui lui passe par la tête. On a beau la prier de se taire, lui ordonner de rester silencieuse, elle continue son ramage avec la même précipitation, et ne se tait que lorsqu'on cesse d'exciter ses zones de babillage. Alors elle s'arrête subitement au milieu de la phrase commencée et paraît avoir oublié tout ce qu'elle vient de raconter.

Les zones idéogènes ne peuvent donc pas être abolies par suggestion. Si nous disons à la malade qu'elle ne peut plus parler, elle répond par signes aux questions qu'on lui pose, mais aussitôt qu'on vient à exciter les zones de babillage, elle commence à parler comme si aucune suggestion ne lui avait été donnée; elle redevient aphasique aussitôt après qu'on a cessé de frictionner ses régions mastoïdiennes.

A côté des zones idéogènes que nous venons de signaler, il faut placer deux zones idéo-sensorielles dont l'excitation provoque des hallucinations sensorielles.

L'une de ces zones siège sur le nez. Quand on place le doigt ou un corps étranger sur le bout du nez de la malade, elle expire bruyamment par les fosses nasales et déclare qu'elle sent une odeur très désagréable.

L'autre zone idéo-sensorielle se trouve sur l'oreille. Si l'on place le doigt dans le canal auditif externe, ou si l'on pince entre deux doigts la conque du pavillon de l'oreille, la malade se place dans l'attitude de l'attention. « Chut! dit-elle, écoutez. Quelle est cette musique? » *(Planche VI, fig. 3.)*

§ 3. **Procédés pour faire cesser l'état cataleptoïde.** — On peut faire cesser l'état cataleptoïde :

a) Par l'insufflation brusque sur les yeux;

b) Par l'audition d'un bruit soudain;

c) Par l'injonction pure et simple;

d) Par la pression des zones hypno-frénatrices.

Ces moyens réussissent également à provoquer le retour à l'état de veille dans les attaques de sommeil spontané, mais il arrive quelquefois que leur action n'est efficace que lorsque le sommeil a duré déjà quelque temps. Au début des attaques, ni la pression des zones ni l'injonction verbale ne peuvent réveiller la malade.

§ 4. **Phénomènes consécutifs au réveil : Suggestions prolongées et suggestions à échéances.** — Une fois réveillée, Marie-Louise ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant qu'elle était endormie, à moins qu'on ne lui ait suggéré de s'en souvenir.

Malgré cette amnésie absolue, les suggestions données pendant le sommeil peuvent être prolongées après le réveil ou exécutées plus ou moins longtemps après le retour à l'état normal, si, en donnant la suggestion, l'expérimentateur a nettement spécifié que les phénomènes suggérés devaient se prolonger après le réveil ou se manifester à une époque déterminée, après la cessation du sommeil. Nous citerons quelques exemples de ces suggestions prolongées ou à échéances fixes.

Expérience 1. — Marie-Louise est endormie dans le laboratoire de la clinique, en présence des élèves du service :

« Connaissez-vous ces Messieurs? lui demande-t-on.

— Bien sûr, répond-elle, ce sont les étudiants qui viennent dans la salle.

— Vous vous trompez. Il n'y a ici que des étudiantes. Du reste, quand vous serez réveillée, vous reconnaîtrez votre erreur et vous verrez qu'à part moi, il n'y a que des femmes dans le laboratoire. »

Ceci dit, on réveille la malade qui regarde autour d'elle d'un air surpris. Puis un des étudiants lui adresse la parole :

« Vous allez bien, Marie-Louise?

— Je vous remercie, Mademoiselle, je vais bien.

— Pourquoi m'appelez-vous mademoiselle? Il me semble que je n'ai guère l'air d'une demoiselle.

— Je vous demande pardon, Madame, je ne vous croyais pas mariée.

— Vous ne me reconnaissez donc pas? Je suis M. X...

— Oh! pour ça, non, Madame. »

Et, riant aux éclats, elle ajoute :

« C'est vraiment trop fort de vouloir me faire croire que vous êtes un homme. Quand vous aurez des moustaches comme M. X..., vous pourrez me raconter cela. Jusque-là, non. »

Exp. 2. — Marie-Louise étant hypnotisée par fixation du regard, nous la conduisons devant un écran à projections et nous lui disons : « Voici un magnifique tableau. Il représente une bataille. Vous irez l'admirer après que vous serez réveillée. » Ceci dit, nous la réveillons par l'insufflation sur

les yeux, et, un instant après elle, va se placer en face de l'écran : « Que c'est beau! » dit-elle, et comme on la prie de décrire ce qu'elle voit, elle énumère les diverses parties du tableau, ici un canon démonté, là des cavaliers, des fantassins, des morts et des blessés, etc.

Exp. 3. — La malade étant en état cataleptoïde, nous lui disons : « Un moment après que vous serez réveillée, vous entendrez des voix qui vous diront toutes sortes d'injures. Elles vous appelleront menteuse, voleuse, gourmande, coquine, etc. C'est M. B... qui commande à ces voix de vous injurier, et tant qu'il sera dans le laboratoire vous entendrez les propos malveillants qu'il leur inspire. » Marie-Louise est alors réveillée. Elle reste un moment tout à fait tranquille. Puis, tout à coup, elle s'écrie, furieuse : « Je ne veux pas être insultée. Je ne suis ni gourmande, ni menteuse, ni voleuse. Monsieur B..., veuillez faire taire ces voix qui m'insultent.

— Mais je n'y peux rien, dit M. B... Ce n'est pas moi qui vous fais injurier ainsi. C'est probablement M. D...

— Non, Monsieur, ce n'est pas M. D..., c'est vous. Encore une fois, faites cesser ces injures ou je vais vous mettre à la porte. »

Et comme les voix continuent à l'insulter, elle s'élance, furieuse, sur M. B..., le saisit par le bras, et, avec une violence extrême, elle l'entraîne hors du laboratoire, puis revient en fermant la porte derrière elle.

Exp. 4. — Marie-Louise étant endormie, nous lui disons : « Quand vous serez réveillée, tous les objets que vous toucherez avec les doigts vous brûleront. » Réveillée, elle n'a aucun souvenir de la suggestion donnée pendant le sommeil. Nous la prions alors de nous faire passer un porte-plume. Elle va le chercher, mais aussitôt qu'elle l'a touché elle le laisse tomber en s'écriant : « Ah! ça brûle. »

Exp. 5. — Nous disons à la malade, préalablement endormie : « Quand vous serez réveillée, vous ne saurez plus écrire, vous ne pourrez plus tracer une lettre. » Puis on la réveille et on la prie d'écrire son nom. Elle prend la plume, hésite un moment et finit par dire qu'elle ne sait plus écrire. On écrit alors son nom sur un morceau de papier : elle le lit très bien, mais elle est incapable de le recopier.

Exp. 6. — Marie-Louise étant en état cataleptoïde les yeux ouverts, nous lui disons : « Quand vous serez réveillée, vous ne connaîtrez plus la lettre O. Elle n'existera pas pour vous. Vous ne la verrez plus nulle part. » Réveillée, on lui donne un livre, et on la prie de lire à haute voix, ce qu'elle fait, mais en sautant la lettre O partout où elle se trouve.

Exp. 7. — Nous plaçons un porte-monnaie dans le tiroir d'une table du laboratoire, et, après avoir endormi Marie-Louise, nous lui disons : « M. D... est parti, mais il a oublié son porte-monnaie dans le tiroir de la grande table du laboratoire. Il y a deux cents francs dans ce porte-monnaie. C'est une bonne occasion : profitez-en. Quand vous serez réveillée, allez prendre cet argent et mettez-le dans votre poche. » Sur ces paroles, la

malade est réveillée; elle se dirige vers la table désignée, ouvre le tiroir, s'empare du porte-monnaie et le met dans sa poche. Quand elle a terminé, nous lui demandons ce qu'elle vient de faire :

« Je viens de prendre de l'argent, dit-elle, sans hésitation.

— Et à qui appartient cet argent?

— A M. D..., qui l'a oublié ce matin.

— Mais alors c'est tout simplement un vol que vous venez de commettre?

— Ma foi, oui.

— Rendez-moi cet argent?

— Pas du tout, je l'ai pris, je le garderai. Si M. D... me le demande, je le lui rendrai; mais je ne le donnerai pas à d'autres. »

Exp. 8. — Nous endormons Marie-Louise et nous lui disons : « M. D... vous soigne depuis plusieurs mois. Vous lui devez une rémunération importante. Vous ne pouvez pas lui offrir moins de 2,000 francs. Si vous n'avez pas d'argent, faites-lui au moins un billet vous engageant à le payer par acomptes de 100 francs par mois. » La malade, réveillée, paraît préoccupée. Puis, tout à coup, elle demande du papier et une plume, et écrit : « Je reconnais devoir à M. D... la somme de 2,000 francs que je lui payerai par acomptes de 100 francs par mois, à partir du 1er septembre 1884. » Elle signe et porte le billet à M. D... Celui-ci fait des observations sur la gravité d'un engagement de ce genre : « Savez-vous bien, lui dit-il, qu'avec un billet comme celui que vous venez de signer, je pourrais vous faire poursuivre et vous faire mettre en prison si vous ne payez pas régulièrement votre dette? Êtes-vous bien certaine de pouvoir toujours disposer de 100 francs par mois? — Oh! je sais bien, répond la malade, que je suis incapable de gagner 100 francs par mois. Mes parents paieront pour moi. Et puis, s'ils ne paient pas, tant pis! advienne que pourra. » Et comme M. D... veut détruire le billet, elle le prie en grâce de le conserver quoi qu'il puisse en résulter pour elle.

Les suggestions à échéances sont accomplies sous l'influence d'une impulsion inconsciente. La malade ne sait pas pourquoi elle agit; mais si on l'endort de nouveau, elle se rappelle fort bien, à moins de suggestions contraires, les ordres qu'on lui a donnés. Exemple :

Le 16 juillet 1885, Marie-Louise étant *hypnotisée*, on lui dit : « Quand vous serez éveillée, vous irez prendre tous les flacons qui se trouvent sur la petite table, devant la fenêtre du laboratoire, et vous les porterez tous, sans exception, sur la grande table qui est le long du mur. » *Réveillée*, elle commence aussitôt à accomplir la besogne qu'on lui a commandée. Pendant qu'elle transporte les flacons (il y en a une trentaine environ), on lui demande ce qu'elle fait :

« Je porte tout cela sur la grande table, répond-elle.

— Pourquoi?

— Parce qu'il le faut.

— Qui vous l'a ordonné?

— Personne, mais il faut que ce soit fait.

— Voulez-vous qu'on le fasse à votre place?

— Non, je veux le faire moi-même. »

Quand tous les flacons sont transportés à l'endroit désigné *(Marie-Louise étant toujours éveillée)*, nous la prions de les remettre à la place qu'ils occupaient primitivement sur la petite table. Elle s'y refuse catégoriquement : « Ces flacons doivent rester là, dit-elle; il faut qu'ils soient là. »

Hypnotisée de nouveau et interrogée sur les motifs qui l'ont poussée à transporter les flacons d'une table sur l'autre, elle répond aussitôt sans la moindre hésitation : « Vous savez bien pourquoi je l'ai fait, c'est vous-même qui me l'avez ordonné. »

Toutefois, on peut faire perdre absolument le souvenir des ordres donnés à la malade, si on lui suggère cet oubli en lui donnant la première suggestion. Exemple :

Le 17 juillet 1885, Marie-Louise est *hypnotisée* par fixation du regard. Un flacon préalablement rempli d'eau se trouve sur le bureau du laboratoire. « Vous voyez ce flacon, dit-on à Marie-Louise, quand vous serez réveillée, vous irez en vider tout le contenu dans l'évier, puis vous rapporterez le flacon à sa place, et si, plus tard, quelqu'un, n'importe qui, même moi, s'étonne de le trouver vide et vous demande des renseignements à ce sujet, vous ne vous rappellerez ni que je vous ai parlé ni que c'est vous qui l'avez vidé. »

Réveillée aussitôt après, Marie-Louise exécute fidèlement l'acte suggéré. A peine a-t-elle rapporté le flacon à sa place, on lui demande ce qu'elle vient de faire autour de l'évier; elle répond qu'elle n'a rien fait. Un moment après, je demande ce qu'est devenu le liquide contenu dans le flacon. Elle n'en sait rien. On *l'endort* de nouveau, on l'interroge : elle affirme qu'elle ne sait rien, qu'elle n'a rien touché. Je cherche alors à lui rappeler la suggestion, je lui répète les mots dont je me suis servi; elle affirme qu'elle ne se souvient de rien de tout cela.

II. **ÉTAT LÉTHARGIQUE.** — La léthargie a été observée chez Marie-Louise pour la première fois au mois de mai 1885. Tombée en cet état à la suite d'une attaque convulsive, elle y était déjà depuis deux heures sans que rien ait pu l'en tirer, quand nous découvrîmes une zone léthargo-frénatrice.

Cette zone léthargo-frénatrice siégeait au-dessous du sein gauche, et poussant plus loin nos investigations, nous trouvâmes une zone léthargogène au-dessous du sein droit, dans un point exactement symétrique à la zone léthargo-frénatrice. Depuis cette époque, la malade a maintes fois été mise en léthargie et a été sujette à des léthargies consécutives à ses attaques convulsives et aussi à des attaques de léthargie spontanée.

Nous allons d'abord décrire les zones léthargogènes et léthargo-frénatrices de Marie-Louise et les effets produits par l'excitation de ces zones. Ensuite nous nous occuperons de la léthargie consécutive aux attaques et, enfin, des attaques de léthargie.

Marie-Louise, comme nous l'avons déjà dit, possède une zone léthargo-

gène complète et cutanée au-dessous du sein droit et une zone léthargo-frénatrice incomplète et cutanée au-dessous du sein gauche. La peau qui recouvre ces zones, ne diffère en rien de celle des régions voisines.

Ces zones sont très excitables; le plus léger pincement ou frôlement sur la zone léthargogène (la malade étant à l'état de veille ou à l'état hypnotique) produit aussitôt la léthargie avec les caractères suivants : la malade fait une grande inspiration et tombe en état léthargique. Elle est alors incapable d'exécuter aucun mouvement volontaire; ses muscles sont dans un état de relâchement complet; si l'on soulève un de ses membres et qu'on le lache ensuite, il retombe comme une masse inerte; il n'y a pas d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. La friction, le souffle, la secousse, le choc, le contact des métaux sont inefficaces à produire la contracture diffuse. L'excitation des zones spasmogènes ne provoque plus l'attaque convulsive.

Les paupières sont animées d'un léger frémissement. Les yeux sont clos et les globes oculaires convulsés en haut, en dedans. La respiration est normale, la poitrine et le diaphragme fonctionnent comme à l'état de veille.

Bien que semblant être complètement séparée du monde extérieur, la malade entend cependant tout ce qui se dit et se fait autour d'elle. Anesthésique totale, elle ne ressent pas les impressions douloureuses, mais le contact des métaux, bien que ne produisant pas la contracture, cause cependant une sensation de brûlure très pénible. Elle accepte toutes les suggestions qu'on lui donne en cet état, de la même façon qu'en l'état hypnotique ordinaire et les exécute après son retour à l'état somnambulique ou à l'état de veille, suivant l'ordre qui lui a été donné.

Pour faire cesser l'état léthargique, il faut exciter la zone léthargo-frénatrice. De même que pour la zone léthargogène, une très faible excitation suffit. La malade fait alors une grande inspiration et passe à l'état cataleptoïde. Si on lui a donné une suggestion à accomplir, elle l'exécute, et si on l'interroge sur ce qui s'est passé pendant qu'elle était en léthargie, elle se le rappelle très bien et vous le répète.

Interrogée alors sur ce qu'elle a ressenti au moment où on la mettait en léthargie et pendant qu'elle était en cet état, elle répond qu'il lui semblait tomber dans un grand trou, qu'ensuite tout lui paraissait noir et qu'il lui semblait ne plus respirer librement comme si quelque chose lui avait comprimé la poitrine; mais, malgré tout, dit-elle, la léthargie provoquée n'est pas douloureuse.

Nous ne connaissons chez Marie-Louise aucun agent modificateur des zones léthargogènes. Les pulvérisations d'éther, les sinapismes, l'électricité, etc., sont restées sans effet; la suggestion seule a pu les faire disparaître. La malade peut se mettre elle-même en léthargie par l'excitation de la zone léthargogène; mais elle ne peut s'en sortir par excitation de la zone frénatrice qu'elle ne peut exciter puisqu'elle ne peut remuer.

Lorsqu'on applique l'aimant d'un côté, le gauche, par exemple, le transfert se produit, et la zone léthargogène va, à gauche, prendre la place de la zone léthargo-frénatrice qui elle-même passe à droite, exactement au même point où se trouvait la zone léthargogène. A l'état de veille, il faut environ

vingt minutes pour que le transfert soit opéré; à l'état hypnotique ou léthargique, trois ou quatre minutes suffisent.

Indépendamment de la léthargie provoquée par l'excitation des zones, il en est, comme nous l'avons dit plus haut, une autre consécutive aux attaques convulsives ou survenant entre deux phases des dites attaques. Elle est en tout point comparable à la léthargie déjà décrite, mais souvent il y a gêne respiratoire avec congestion très marquée de la face et du cou, souvent aussi écume à la bouche. Il arrive quelquefois qu'il est très difficile non pas de sortir Marie-Louise de cet état, mais bien de l'empêcher d'y retomber constamment; ainsi, un jour, il a été impossible de l'empêcher d'y retomber pendant dix-huit heures de rang. Elle se plaint de souffrir beaucoup du cœur et d'étouffer pendant cette léthargie consécutive aux attaques ou intermédiaire à leurs différentes phases. Elle ne sort jamais d'elle-même de cet état léthargique, et il faut, pour l'en tirer, exciter la zone léthargo-frénatrice. Une fois, dit-elle, personne ne sachant l'en sortir, elle y est restée pendant quarante-huit heures.

Marie-Louise est également sujette depuis le mois de juillet 1885 à des *attaques de léthargie spontanée*. L'aura qui précède ces attaques est semblable, surtout dans le principe, à celle qui précède les attaques convulsives, ce qui fait que Marie-Louise ne peut savoir tout d'abord si c'est une attaque convulsive ou une attaque de léthargie qu'elle va avoir; et ce n'est qu'au moment où elle va tomber en léthargie qu'elle s'en rend compte. Elle ressent alors une grande faiblesse, le cœur lui fait mal; il lui semble qu'elle va s'évanouir, que la respiration lui manque, et elle tombe alors en léthargie; cette léthargie présente les caractères déjà décrits plus haut, cependant il semble à la malade qu'elle a sur la poitrine un poids plus considérable qu'à l'ordinaire et, par suite, que sa respiration devient plus difficile. Quoi qu'il en soit, les mouvements du thorax et du diaphragme s'exécutent comme à l'état de veille. C'est encore par l'excitation de la zone léthargo-frénatrice qu'on fait cesser cet état.

III. **HYPNOSE HÉMI-LATÉRALE.** — L'hypnose hémi-latérale peut être provoquée chez Marie-Louise par deux procédés :

a) Par la friction légère de la paupière supérieure d'un seul côté;

b) Par la compression soutenue de l'opercule d'une oreille.

L'hypnose se produit du côté correspondant à l'excitation provocatrice, c'est-à-dire que si l'on a frictionné l'œil *droit* ou comprimé l'oreille *droite*, les phénomènes de l'hémi-hypnotisme se montrent dans tout le côté *droit* du corps, le côté gauche restant à l'état normal.

Les symptômes sensitifs et musculaires de l'hémi-hypnotisme sont exactement ceux de l'état cataleptoïde, rien de plus, rien de moins. Le côté hémi-hypnotisé est sensible aux métaux; il présente les phénomènes de la plasticité cataleptique et de l'hyperexcitabilité musculaire. Les mouvements d'imitation, la prise des sens se produiront nettement de ce côté et de ce côté seulement.

L'œil du côté hémi-hypnotisé peut être indifféremment ouvert ou fermé

comme dans l'hypnose totale. La parole est conservée dans l'hypnose unilatérale droite aussi bien que dans la gauche. Jamais nous n'avons pu provoquer l'hémi-léthargie.

Les symptômes psychiques sont les mêmes que dans l'hypnose totale, mais les suggestions ne sont acceptées que si elles sont données du côté hémi-hypnotisé.

On peut faire cesser l'hypnose unilatérale en faisant auprès de la malade un bruit soudain, en lui disant vivement du côté hypnotisé : « Réveillez-vous, etc., » ou en pressant la zone hypno-frénatrice du sein droit. La pression de cette zone ramène la malade à l'état normal quel que soit le côté sur lequel siège l'hémi-hypnotisme.

Nous donnerons ici la relation très abrégée de quelques expériences pratiquées dans l'état d'hypnose unilatérale.

Marie-Louise étant hémi-hypnotisée du côté droit par la friction de la paupière supérieure droite, nous constatons qu'elle retire très vivement le bras droit si on la touche avec une pièce d'or, tandis que le contact de la même pièce avec la peau du côté gauche du corps ne donne lieu à aucune sensation douloureuse.

Quand on excite mécaniquement deux muscles symétriques, on n'obtient pas de mouvements alternatifs des deux muscles excités, mais une contraction isolée du muscle du côté droit. Si, par exemple, on applique l'extrémité des deux index sur les deux sterno-cléido-mastoïdiens, la face se dirige vers l'épaule gauche et reste fixée dans cette direction tant que dure l'excitation, parce que le muscle du côté droit s'est seul contracté.

Marie-Louise étant toujours hémi-hypnotisée du côté droit, on constate que l'excitation des zones idéogènes unilatérales n'agit que si elle porte sur les zones du côté droit.

La pression de la zone d'extase (sur la ligne médiane du sommet du crâne) provoque l'attitude extatique, mais la main droite s'élève seule vers le ciel dans l'attitude de la prière.

Les phénomènes de la prise des sens ne se produisent également que du côté hémi-hypnotisé. Si on se place devant la malade et qu'on passe la main devant son œil gauche, elle regarde avec indifférence l'objet qui frappe sa vue et ne le sent pas ; si on passe la main devant son œil droit, cet œil se fixe sur la main de l'expérimentateur et ne la quitte plus.

Les mouvements d'imitation n'ont lieu que du côté droit. Si on exécute devant Marie-Louise des mouvements rythmés des deux mains, elle les reproduit de la main droite seule, ou plutôt elle reproduit de la main droite les seuls mouvements exécutés par la main gauche de l'expérimentateur placé en face d'elle. De même, si on frappe alternativement le sol des deux pieds, elle ne répète avec son pied droit que les coups frappés par le pied gauche de l'expérimentateur.

L'aimant transfère après deux minutes d'application tous les phénomènes hypnotiques unilatéraux.

Toutes les suggestions sont acceptées quand elles sont données du côté hémi-hypnotisé, et non avenues quand elles sont données du côté opposé. Les

suggestions d'actes sont en général exécutées avec les membres du côté hypnotisé à moins que leur exécution n'exige impérieusement l'intervention synergique des membres symétriques. Exemple : on dit à la malade hémi-hypnotisée à gauche d'aller chercher dans le tiroir d'une table un objet déterminé; elle se lève et s'avance vers la table (action synergique des deux membres inférieurs), ouvre le tiroir avec la main gauche et saisit l'objet demandé avec la main gauche (action isolée du côté hypnotisé).

Les paralysies et les contractures provoquées par suggestions du côté hémi-hypnotisé persistent quand on dit à la malade, du côté normal, de remuer les membres du côté opposé; mais on ne peut pas provoquer par des suggestions données du côté hypnotisé des paralysies ou des contractures du côté normal.

Tous les phénomènes qui se passent dans le côté hémi-hypnotisé sont oubliés après le réveil. Mais si l'on place la malade en état d'hypnose totale, elle se souvient des actes qu'elle a accomplis pendant l'hypnose unilatérale.

L'étude des phénomènes psychiques dans l'hypnose unilatérale donne lieu à de bien curieuses observations :

1° Par la fixation de l'œil droit, on place Marie-Louise F... en état cataleptoïde hémi-latéral. Cela fait, on s'approche de la malade et on lui demande, en lui parlant auprès de l'oreille droite, si elle est endormie. Elle répond que oui. On lui pose la même question après être passé du côté gauche, elle répond que non. Il se produit donc dans cette expérience une sorte de dédoublement de la conscience. Le sujet se sent dans un autre état selon qu'on lui parle du côté normal ou du côté hémi-hypnotisé.

2° Ce dédoublement apparent de la conscience se traduit par des manifestations très variées. Si l'on interroge notre malade du côté droit sur les personnes qu'elle connaît, sur les élèves du service par exemple, elle répond sans hésitation que M. X... est très aimable, que M. Y... est brutal, que M. Z... ne lui plaît pas du tout. Si je l'interroge du côté gauche, elle apporte dans ses jugements une réserve et une discrétion extrêmes.

3° La différence entre la manifestation des sentiments d'un côté ou de l'autre peut être exagérée si l'on fait intervenir la suggestion. On dit à la malade, du côté droit, qu'elle est un jeune lieutenant de dragons. Elle accepte la suggestion, et tant que je lui parle du côté droit elle répond avec le ton dégagé qui convient à un militaire; mais si on lui parle du côté droit, où elle a conservé sa personnalité réelle, elle s'exprime avec retenue et raisonne comme à l'état normal.

III

EXPÉRIENCES RELATIVES AUX CONTRACTURES PROVOQUÉES CHEZ LES HYSTÉRIQUES A L'ÉTAT DE VEILLE.

La malade qui a servi aux expériences qu'on va lire est la nommée Paule C..., dont l'observation, ou plutôt une partie de l'observation, est rapportée dans la LXe leçon (p. 321).

Nous indiquerons tout d'abord les conditions expérimentales dans lesquelles se développent les contractures à l'état de veille; puis nous décrirons leurs symptômes et enfin les procédés qui peuvent être employés pour les faire cesser.

1° Influences sous lesquelles se développent les contractures diffuses. — Il est important que nous disions dès le début de ce paragraphe que chez Paule, à l'état de veille, on ne peut pas provoquer de contractures diffuses par suggestion impérative ou persuasive. Si on dit très énergiquement à la malade : « Je veux que votre bras droit se contracture, » elle sourit et, pour toute réponse, elle remue son bras droit dans tous les sens. De même, si on cherche à lui persuader que sa main va se raidir peu à peu, que déjà les doigts sont légèrement contracturés, que la rigidité s'accentue, qu'elle est complète, on ne parvient pas à vaincre son incrédulité ni à porter le moindre trouble dans les fonctions de ses muscles. Cependant, si on lui ordonne de serrer un objet et si, pendant qu'elle exécute cet ordre, on lui dit impérativement qu'elle ne peut plus lâcher cet objet, il arrive quelquefois que sa main se contracture brusquement. Quand cela est arrivé, la contracture provoquée par injonction ne peut être détruite par une injonction en sens contraire; elle persiste malgré tout ce que peut dire l'expérimentateur. Pour la faire cesser, il faut souffler à plusieurs reprises sur la main ou malaxer les muscles de l'avant-bras.

a) **Excitations de la peau.** — Parmi les excitations cutanées susceptibles de provoquer chez Paule les contractures diffuses, il faut signaler : l'insufflation légère et prolongée de la peau, la friction avec un pinceau à aquarelle, le chatouillement avec les doigts ou avec un corps étranger, la faradisation superficielle.

L'*insufflation légère et prolongée* paraît être le moyen le plus actif de provoquer les contractures. Elle agit également bien sur le côté droit ou sur

le côté gauche du corps[1], sur les membres ou sur la face. L'insufflation pratiquée sur un bras ou sur une jambe amène en deux ou trois secondes la rigidité de tous les muscles des membres correspondant à l'excitation initiale. Si l'on continue l'insufflation, la contracture se généralise progressivement à tout le corps. Les muscles de la face se contracturent très bien sous l'influence de l'insufflation. Le souffle dirigé sur les lèvres ou sur les joues détermine la contracture de tous les muscles du visage : la malade ne peut faire la moue, ni gonfler les joues, ni ouvrir la bouche, ni parler. Si l'on dirige le souffle sur les paupières (après avoir suggéré à la malade que ce procédé ne pourrait pas l'endormir), les muscles des paupières et ceux des globes oculaires sont immobilisés par une rigidité que la volonté ne peut pas surmonter ; les paupières ne peuvent être fermées volontairement, les yeux ne peuvent être dirigés d'un côté ou de l'autre. Si l'on souffle légèrement sur la langue tirée hors de la bouche ou maintenue dans la cavité buccale, on provoque une contracture diffuse de la langue et des muscles des mâchoires, de telle sorte que la langue reste immobile dans la position qu'elle occupait, et que la mâchoire ne peut être fermée. L'insufflation sur la muqueuse des joues provoque les mêmes phénomènes. L'insufflation sur un point quelconque du cuir chevelu provoque la contracture rapide des muscles de la nuque, du cou et des mâchoires. L'insufflation prolongée sur les seins, sur le milieu du sternum, sur l'épigastre, sur le ventre ne paraît pas donner lieu à des contractures musculaires.

La *friction légère* de la peau, son *frôlement* avec un pinceau à aquarelle ou un morceau d'étoffe agissent comme l'insufflation, mais moins rapidement et moins énergiquement.

La contracture se produit aussi quand on fait passer à travers la peau des *courants faradiques légers,* d'une intensité trop faible pour déterminer la contraction des muscles sous-jacents.

Le simple contact de la peau avec la main ou avec un corps étranger dont la température ne s'écarte pas trop de la température ambiante, le pincement fort ou faible d'un pli de peau ne provoquent pas de contractures. Il en est de même pour les frictions énergiques et pour les piqûres.

b) **Excitations des muscles.** — Certaines excitations musculaires sont suivies de contractures diffuses presque immédiates. De ce nombre sont le pincement entre les doigts des fibres charnues d'un muscle, la pression exercée sur une masse musculaire, la percussion des muscles ou de leurs tendons, l'effort volontaire lorsqu'il est contrarié par une résistance active ou élastique en sens contraire.

Les effets du *pincement* et de la *compression* des muscles sont des plus nets. Si l'on vient à pincer la peau qui recouvre le biceps brachial ou le grand pectoral dans la région axillaire, il ne se produit pas de contracture ; mais si on saisit entre les doigts le corps charnu du biceps au milieu du bras, ou les fibres du grand pectoral au niveau de la paroi antérieure du

[1] La malade est hémi-anesthésique du côté droit.

creux de l'aisselle, on détermine immédiatement une contracture diffuse des muscles du membre supérieur correspondant et de l'épaule du même côté. Cette contracture saisit les différents segments du membre dans la position qu'ils occupaient au moment de l'expérience. En général, cependant, le muscle comprimé se raccourcit un peu (s'il était étendu) et modifie la position primitive du membre. Si, par exemple, on comprime le biceps brachial lorsque le bras est étendu le long du corps, le premier phénomène produit est la contracture en masse de tout le membre dans l'extension. Puis le biceps se raccourcit progressivement et il amène secondairement la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Les effets contracturants de la pression des muscles peuvent facilement être étudiés sur les masséters. Si l'on prie la malade de compter à haute voix, et si, pendant qu'elle parle, on applique le bout du doigt ou d'un crayon sur les régions massétérines, temporales, buccales, labiales ou sus-hyoïdiennes, la parole s'arrête aussitôt par suite de la contracture diffuse qui s'établit dans les muscles masticateurs et phonateurs.

Tous les muscles du corps ne sont pas également excitables par le pincement et la pression; les masséters, les sterno-cléido-mastoïdiens, les biceps, les pectoraux, etc., le sont beaucoup. Les muscles de la cuisse le sont moins, et ceux des mollets ne le sont pas du tout; on peut les pincer fortement sans provoquer de contractures diffuses des membres correspondants.

La *piqûre* des muscles est une cause active des contractures diffuses. Si l'on traverse un pli de peau avec une épingle, les muscles sous-jacents conservent toute leur souplesse. Mais si l'épingle touche les fibres musculaires elles-mêmes, la contracture s'empare immédiatement non seulement du muscle directement excité, mais de tous les muscles de la région. Si, par exemple, on pique le biceps brachial, tout le membre supérieur se contracture.

Ici encore il convient de signaler des différences dans l'excitabilité des divers muscles du corps à la piqûre. Tous les muscles des membres y sont à peu près également sensibles, ceux des mollets, en particulier, qui ne réagissent pas au pincement, se raidissent brusquement sous l'influence d'une piqûre. Au contraire, les muscles de la langue ne se contracturent pas quand on traverse la langue de part en part.

La *percussion brusque et énergique* des muscles des membres provoque des contractures diffuses d'autant plus fortes et d'autant plus étendues que le choc a été plus violent. Jamais nous n'avons vu les coups frappés sur les épaules, les omoplates ou les membres donner lieu à des paralysies flaccides.

Les *percussions légères et répétées* amènent des contractures diffuses, progressives, et souvent des raccourcissements ou des allongements successifs des muscles percutés, dont nous n'avons pu déterminer les lois. Tantôt, en effet, nous avons vu le muscle qui subissait les petits chocs se raccourcir progressivement, tantôt nous l'avons vu s'allonger, bien que nous nous efforcions de ne pas changer la force et le rythme des chocs excitateurs.

La percussion agit aussi bien sur les muscles de la face que sur ceux des membres. La langue, les masséters, les muscles des lèvres et des joues, les muscles frontaux, sourciliers, etc., se contracturent lorsqu'on frappe sur eux un ou plusieurs petits coups secs avec le marteau plessimétrique ou avec tout autre corps dur.

La percussion énergique des tendons rotuliens provoque la contracture immédiate de tous les membres inférieurs correspondants. Si ce membre était étendu quand le choc a été frappé, il reste étendu; s'il était fléchi, il reste fléchi.

Plusieurs raisons sont de nature à faire penser que la contracture qui suit la percussion des tendons rotuliens est d'origine musculaire et non tendineuse. Elle est due vraisemblablement à la secousse que le choc du tendon transmet au muscle, le tendon lui-même restant indifférent.

Lorsque les excitations sont limitées aux tendons, on n'observe pas, en effet, des contractures consécutives. C'est ainsi qu'on peut enfoncer une épingle dans les tendons rotuliens ou pincer très fortement ces organes entre les doigts, sans que les muscles des membres correspondants soient pris de rigidité.

Les *efforts volontaires excessifs* ne déterminent pas habituellement de contracture diffuse. Si l'on dit à la malade de serrer aussi fort qu'elle pourra le dynamomètre, de fléchir de toutes ses forces son avant-bras, de serrer ses mâchoires ou de fermer ses paupières aussi énergiquement que possible, elle exécute tous ces mouvements sans que ses muscles restent contracturés. Mais si, pendant qu'elle fait l'effort volontaire, on exerce sur les parties qu'elle contracte une traction en sens inverse, alors la contracture se développe presque fatalement. Si, par exemple, quand elle fléchit fortement l'avant-bras, on cherche à l'étendre, ou si, pendant qu'elle contracte ses paupières, on fait effort pour les écarter avec les doigts, les muscles des bras ou des paupières restent en état de contracture permanente.

Nous devons signaler ici un fait dont l'explication nous a longtemps préoccupés. Nous avons dit que la pression exercée par Paule sur le dynamomètre n'avait jamais été suivie de contractures. Or, quand nous lui faisions serrer notre main, la contracture succédait toujours à cet effort. Nous pensons maintenant que cela s'explique par des influences étrangères à l'effort volontaire. En effet, si, avant de donner à Paule notre main à serrer, nous avons soin de refroidir cette main, en la plaçant pendant quelques instants sous un courant d'eau, la contracture ne se produit plus, quelle que soit la violence de l'effort fait par la malade.

La traction sur un lien élastique est suivie de la contracture des muscles qui ont agi dans l'effort de traction. Nous fixons à un crochet planté dans le mur un fort tube de caoutchouc lié à ses extrémités de façon à constituer un anneau élastique, et nous prions Paule de saisir cet anneau avec la main et de fléchir l'avant-bras sur le bras. Elle exécute bien le mouvement, mais quand on lui dit de lâcher tout, elle ne peut le faire, parce que tout le membre supérieur est contracturé.

L'expérience peut être faite d'une façon plus démonstrative encore. Nous

mettons entre les mains de la malade une corde rigide et nous la prions de tirer dessus de toutes ses forces, comme si elle voulait la casser. Elle fait l'effort demandé sans qu'il en résulte de contracture. A la place de la corde, nous lui donnons un tube en caoutchouc, et, quand l'effort d'écartement se produit, les deux membres supérieurs restent contracturés, rigides et écartés l'un de l'autre, la traction élastique du caoutchouc ne les rapprochant pas, tant est forte leur rapidité. Notons en passant que tant que les membres sont tirés ainsi par la bande de caoutchouc, la plupart des moyens qui dissipent habituellement les contractures sont inefficaces. Ainsi, l'insufflation brusque sur les membres ou sur le creux épigastrique, la pression ovarienne ne provoquent pas le relâchement des muscles. Il faut employer, pour l'obtenir, des moyens plus actifs, tels que les coups frappés vivement sur les mains de la malade.

L'*application d'un lien circulaire* autour du bras provoque en quelques minutes (deux ou trois) la contracture de tous les segments du membre situés au-dessous de la ligature.

L'*électrisation* des muscles peut déterminer la contracture diffuse. Si l'on emploie des courants faradiques d'intensité moyenne, capables de provoquer des contractions musculaires, on peut électriser pendant longtemps la malade sans que la contracture s'établisse, à la condition que les électrodes ne restent pas longtemps appliquées sur les mêmes points. Mais si l'on emploie des courants tétanisants très intenses, la contracture s'établit aussitôt et persiste après que le courant a cessé de passer.

c) **Excitations des os et des articulations.** — Diverses *excitations des os et des ligaments articulaires* semblent être la cause de contractures diffuses des muscles. Ainsi la pression sur les malléoles ou sur les apophyses styloïdes du radius et du cubitus donne lieu à la contracture des membres correspondants. La pression, même très énergique, sur la face antéro-interne du tibia ne produit rien. La pression des doigts et du premier métacarpien ne produit rien non plus. Au contraire, la pression des têtes des quatre derniers métacarpiens, par un effort tendant à rapprocher les bords externe et interne de la main, détermine la contracture des muscles de la main et de l'avant-bras. La compression de ces mêmes os de la face dorsale vers la face palmaire de la main n'est pas suivie de contracture. La *piqûre du périoste* et *des os* ne paraît pas être une cause de contractures. L'expérience a été faite sur le crâne, les apophyses styloïdes du radius et du cubitus, la rotule, les malléoles, du côté anesthésié.

La *traction des membres* ou des segments de membres est une cause active de contractures diffuses à la condition qu'elle porte sur la racine des membres ou sur leurs principaux segments. Il est à noter, en effet, que chez Paule la traction même très énergique des doigts ou des orteils n'est pas suivie de contracture. Au contraire, la traction forte de l'avant-bras ou de la jambe détermine aussitôt la contracture diffuse des membres sur lesquels a porté la traction.

Les *chocs imprimés au squelette* d'un membre (le choc frappé, par

exemple, sur le talon, la jambe et la cuisse étant en extension complète, ainsi que le pratiquent les chirurgiens pour reconnaître certaines lésions de l'articulation coxo-fémorale), les secousses brusques passivement provoquées par le procédé du *shake hand,* ou résultant d'un coup de poing ou de pied volontairement lancés dans le vide par la malade, déterminent des contractures immédiates dans tout le membre correspondant et souvent dans le membre du côté opposé.

La *percussion légère et répétée* du crâne dans les régions frontale, pariétale ou occipitale détermine une contracture diffuse des muscles du cou, de la nuque, des mâchoires, de la langue et des lèvres. Les effets sont les mêmes, quel que soit le côté sur lequel aient porté les chocs.

2° Symptômes de contractures provoquées : Mode d'extension et de généralisation. — Dès le début, les contractures provoquées par les procédés que nous venons de passer en revue, sont diffuses, c'est-à-dire qu'elles ne sont jamais exactement limitées à un muscle ni même à un groupe musculaire distinct des groupes voisins par son innervation ou ses fonctions. Qu'on excite, par exemple, le biceps brachial en le comprimant entre les doigts, au moment même de son apparition, la contracture déterminée par cette manœuvre envahira tous les muscles du bras et de l'avant-bras. Si les excitations qui provoquent la contracture sont prolongées, la rigidité musculaire s'étend de proche en proche et envahit tout le corps. Son extension est très rapide, et il est difficile de suivre exactement les détails de sa marche envahissante. Voici ce que nous avons observé à ce sujet : lorsqu'on excite la peau de la face dorsale du pied droit en dirigeant sur elle le souffle produit par la compression d'une poire en caoutchouc, la contracture envahit d'emblée tout le membre inférieur droit. A ce moment, elle est beaucoup plus marquée au pied et au genou qu'à la hanche. Plus tard, la raideur s'exagère dans les différents segments du membre inférieur droit. La hanche devient tellement rigide que le bassin est soulevé en masse quand on essaye d'élever le talon au-dessus du lit. Un instant après, la contracture gagne le membre inférieur gauche, et presque aussitôt elle gagne les membres supérieurs, le tronc et la face. Alors, tout le corps de la malade est raide comme une planche, et on peut le faire reposer sur deux chaises en l'appuyant seulement par les talons et la nuque.

Si l'excitation initiale a lieu au niveau d'un avant-bras, le membre supérieur correspondant se contracture tout d'abord en masse, puis la rigidité gagne la face et s'étend presque subitement au membre supérieur du côté opposé et aux deux membres inférieurs.

État des muscles. — Les muscles contracturés sont durs, saillants sous la peau. Leur résistance est en rapport direct avec la violence de la contracture.

Les mouvements volontaires sont totalement impossibles quand la contracture a une certaine intensité. Dans les contractures très légères, la malade peut faire péniblement quelques mouvements.

La force développée par les muscles en état de contracture peut être de

beaucoup supérieure à la force normale des mêmes muscles dans la contraction volontaire. Ainsi, Paule donne de la main droite au dynamomètre une pression volontaire maxima de 10 kilos; en lui laissant le dynamomètre dans la main, nous provoquons la contracture diffuse des muscles de la main par insufflation légère de la face antérieure de l'avant-bras. Sous cette influence, l'aiguille de l'instrument s'élève à 20 kilos.

Le développement de la contracture dans les muscles d'un membre paraît avoir une influence sur l'état des forces dans le membre symétrique du côté opposé. Ainsi, le 14 octobre 1885, la pression fournie au dynamomètre par la main droite est de 16 kilos et celle de la main gauche égale 21 kilos. On provoque une contracture diffuse du membre supérieur gauche, et la pression fournie par la main droite tombe à 12 kilos (au lieu de 16 kilos). Quand le membre supérieur droit est contracturé, la main gauche ne donne plus que 17 kilos (au lieu de 21 kilos).

Les mouvements passifs sont d'autant plus difficiles à produire que la contracture est plus forte. Lorsqu'elle a atteint son degré le plus élevé, les membres ont une rigidité comparable à celle du bois et ils opposent une telle résistance aux efforts qu'on fait pour les mouvoir qu'on les briserait, semble-t-il, plutôt que de vaincre de force la contracture dont ils sont le siège. C'est alors qu'on peut soulever tout le corps de la malade d'une seule pièce par le talon ou par la nuque.

Quand la raideur musculaire est moins forte, on peut imprimer aux membres des mouvements passifs. Si ces mouvements sont brusques, les membres abandonnés à eux-mêmes reviennent aussitôt avec force à leur position première comme s'ils étaient mus par un ressort. Mais si l'on agit lentement, on peut surmonter la résistance des muscles contracturés et mettre les divers segments des membres dans les positions qu'on désire. Dans ces conditions, les attitudes artificiellement données aux membres contracturés persistent indéfiniment. Si, par exemple, le bras étant contracturé dans l'extension, on le fléchit lentement, de force, il reste fléchi quand on l'abandonne à lui-même, et il faut faire un second effort graduel et prolongé si l'on veut le replacer dans l'extension.

La contracture des muscles du côté gauche du corps s'accompagne d'une sensation de tiraillement désagréable à la malade. Cette sensation n'existe pas dans les muscles du côté droit (côté anesthésié). Les mouvements passivement imprimés aux membres contracturés déterminent aussi bien à droite qu'à gauche une douleur véritable.

La sensibilité cutanée n'est pas modifiée chez Paule par la production des contractures. La moitié droite du corps de la malade est anesthésique et reste anesthésique alors même qu'on y provoque des contractures, le côté gauche est sensible et reste sensible alors même que les muscles sous-jacents à la peau sont fortement contracturés.

Les zones hypnogènes et hypno-frénatrices ne sont pas influencées par la production des contractures diffuses. Quand tout le corps de la malade est rigide comme une planche, les zones spasmogène et spasmo-frénatrice des flancs et les zones de léthargie conservent leur excitabilité.

3° **Moyens de faire cesser les contractures provoquées.** — Le moyen le plus simple consiste à *souffler brusquement* sur les parties contracturées. Il est nécessaire que l'insufflation soit brusque et énergique; si elle était douce et prolongée, elle augmenterait la violence et l'extension des contractures au lieu de faire cesser la rigidité musculaire. Cette insufflation peut être faite avec la bouche ou avec un soufflet. Elle agit également bien du côté droit (anesthésié) et du côté gauche (sensible).

Lorsque la contracture est généralisée, on peut, pour la faire passer, souffler successivement sur toutes les régions contracturées. Mais il est plus simple de limiter l'action du souffle sur le point dont l'excitation a provoqué la contracture. Si, par exemple, une contracture généralisée s'est développée à la suite de la compression du biceps brachial droit ou de l'insufflation légère sur la peau du bras droit, il suffira de souffler brusquement à plusieurs reprises sur le bras droit pour rendre à tous les muscles du corps leur flaccidité; que si, au contraire, dans les conditions expérimentales que nous venons de signaler, on dirige le souffle sur le bras gauche ou sur les jambes, on arrivera rapidement à dégager les membres sur lesquels sera faite l'insufflation, mais les autres résisteront jusqu'à ce qu'ils aient été directement impressionnés par le souffle.

Quand un membre est le siège d'une contracture diffuse qui immobilise également tous les segments, on peut par des insufflations convenablement dirigées faire disparaître la contracture dans une partie du membre en la laissant persister dans les autres. Ainsi, quand le membre supérieur est contracturé en totalité, on peut rendre leur souplesse et leur motilité volontaire aux doigts seuls, le coude et l'épaule restant contracturés, ou à l'épaule isolément. On peut même, par des insufflations dirigées sur la région du coude, faire disparaître la contracture dans les muscles moteurs de l'avant-bras, de telle sorte que la malade puisse fléchir et étendre librement l'avant-bras sur le bras, bien que son épaule, son poignet et ses doigts soient encore immobilisés par la contracture.

La *malaxation* ou la *faradisation* des tendons font cesser, après quelques secondes, les contractures provoquées, non seulement dans le muscle dont on excite le tendon, mais dans tout le membre correspondant. Ainsi, quand le membre supérieur est contracturé, la malaxation du tendon du biceps ou du triceps amène le relâchement graduel de tous les muscles du membre. De même, la malaxation du tendon rotulien fait disparaître les contractures diffuses de tout le membre inférieur.

Quand le membre inférieur droit est fortement contracturé, la faradisation de la peau qui recouvre le tendon rotulien ne change rien à la rigidité musculaire du membre. Si on enfonce des aiguilles à électro-puncture dans le tendon rotulien, la contracture persiste encore. Mais aussitôt qu'on fait passer des courants faradiques de moyenne intensité par les aiguilles fixées dans le tendon, la contracture disparaît.

Les contractures provoquées peuvent se dissiper sous l'influence des *frictions énergiques* des membres sur lesquels siège la contracture ou de la malaxation de leurs masses musculaires. Mais c'est là un procédé lent et incommode.

Un *coup sec* frappé avec la paume de la main sur la continuité des membres contracturés, ou mieux encore sur leurs extrémités, détermine le relâchement immédiat de la rigidité musculaire, à la condition que ce coup ne donne pas lieu à un ébranlement trop fort du membre. Voici comment nous opérons le plus souvent. Quand la contracture siège aux membres supérieurs, nous appliquons la face dorsale de la main de la malade sur la paume de notre main gauche, et avec la main droite nous frappons un coup sec sur la face palmaire de la main contracturée. Généralement, un seul coup suffit pour dissiper la contracture dans tout le membre. Quand il s'agit de rendre sa flaccidité à un membre inférieur, nous appliquons la main gauche sur le dos du pied de façon à bien la soutenir, et avec la paume de la main droite nous percutons fortement la plante du pied. Si le premier coup ne suffit pas, nous en donnons un second et même un troisième, mais le plus souvent la contracture cède au premier coup.

Les *applications métalliques* peuvent, dans certaines conditions expérimentales déterminées, faire cesser les contractures provoquées. Les faits que nous avons observés à ce sujet peuvent être résumés dans les trois propositions suivantes :

1° Les contractures siégeant sur les muscles du côté droit du corps se dissipent après un temps variable entre neuf et quinze minutes, lorsqu'on applique sur un point quelconque du côté droit un métal esthésiogène.

2° Les contractures du côté gauche du corps ne sont pas modifiées par l'application des métaux sur le côté gauche ni sur le côté droit du corps.

3° Bien que la disparition des contractures du côté droit sous l'influence des applications métalliques se produise en même temps que la sensibilité revient dans le côté droit, on ne peut pas considérer les deux phénomènes comme dépendant directement l'un de l'autre.

L'ischémie locale des membres, provoquée par l'enroulement d'une bande de caoutchouc, fait disparaître momentanément les contractures siégeant sur ces membres.

EXPÉRIENCE 1. — Le 14 octobre 1885, à trois heures cinquante minutes de l'après-midi, nous provoquons par une secousse brusque imprimée à l'avant-bras une contracture du membre supérieur droit de Paule. Les doigts, le poignet et le coude sont immobilisés dans un état de rigidité des plus marqués.

A trois heures cinquante-cinq minutes, nous enroulons une bande de caoutchouc sur tout le membre, depuis la main jusqu'au moignon de l'épaule, le pouce restant seul libre en dehors du bandage roulé que nous avons soin de serrer fortement.

A quatre heures, la contracture a disparu dans les doigts et le poignet.

A quatre heures deux minutes, nous enlevons la bande de caoutchouc. Le membre est flasque, inerte. La malade ne peut le remuer volontairement. Elle se plaint d'y ressentir des douleurs assez vives, bien que la peau soit partout insensible à la piqûre.

A quatre heures trois minutes, la peau du bras et de l'avant-bras devient

très rouge. L'insensibilité au contact et à la piqûre persiste. Il n'y a pas traces de rigidité. Tout le membre est inerte et flaccide.

A quatre heures dix minutes, même état. Les mouvements volontaires sont impossibles.

A quatre heures treize minutes, la malade peut exécuter quelques petits mouvements volontaires avec les doigts. Elle ne peut pas fléchir l'avant-bras sur le bras.

A quatre heures quinze minutes, la malade ne peut plus remuer les doigts. Tout le membre est redevenu rigide comme il l'était avant l'application de la bande de caoutchouc.

A quatre heures dix-sept minutes, on fait passer la contracture par le procédé de la percussion sur la paume de la main.

La *compression énergique de la région épigastrique* fait cesser brusquement toutes les contractures provoquées, qu'elles soient fortes ou faibles, limitées ou généralisées. Le point précis sur lequel il faut presser pour obtenir ce résultat est situé à deux centimètres au-dessous de la pointe de l'appendice xiphoïde. Il y a là une véritable zone frénatrice des contractures. Sous l'influence de la pression énergique en ce point, la malade fait une grande inspiration, et tout à coup les contractures qui existaient cessent.

L'*insufflation brusque sur la région épigastrique* agit sur les contractures comme le fait la compression de cette région. L'insufflation sur les régions ombilicale et sous-ombilicale, sur les flancs, les hypocondres ne produit rien d'analogue. Le pincement même très énergique d'un pli de la peau qui recouvre l'épigastre est également sans action sur les contractures.

La *pression ovarienne* d'un seul côté fait cesser les contractures existant du côté correspondant et reste sans action sur les contractures qui siègent du côté opposé. Cette formule résume les observations que nous avons faites dans un grand nombre d'expériences; nous rapporterons seulement les suivantes :

Exp. 2. — Le 8 octobre 1884, nous provoquons par un *shake hand* une contracture diffuse du membre supérieur droit de Paule. Nous pratiquons la compression énergique de la région ovarienne droite, et la contracture se dissipe aussitôt. Nous provoquons alors par le même procédé une contracture du membre supérieur gauche. Puis nous comprimons la région ovarienne droite. La contracture du membre supérieur gauche n'est pas modifiée. Par l'insufflation sur la cuisse droite nous déterminons une contracture généralisée. La pression de l'ovaire droit fait disparaître la contracture dans tout le côté droit du corps et la laisse intacts dans le côté gauche.

Désireux de savoir si la compression de l'ovaire gauche aurait sur les contractures provoquées une influence semblable à celle de l'ovaire droit, nous endormons la malade et nous lui suggérons que le côté gauche du ventre ne lui fera plus mal et qu'on pourra le comprimer sans lui donner d'attaques convulsives. Cela fait, nous réveillons Paule et nous contracturons son bras gauche. Cette contracture disparaît brusquement par la pression ovarienne gauche. Nous contracturons le membre supérieur droit

et la contracture persiste, malgré la compression énergique de la région ovarienne gauche. Enfin, nous provoquons une contracture généralisée, et nous constatons que la pression de l'ovaire gauche rend leur flaccidité aux membres du côté gauche, ceux du côté droit restant rigides comme par le passé. Nous pouvons ajouter que la compression ovarienne agit sur les muscles de la face comme sur ceux des membres. La contracture des mâchoires provoquée par l'excitation du masséter droit se dissipe sous l'influence de la compression ovarienne droite et n'est pas atteinte par la compression de la région ovarienne gauche. Inversement, la contracture des mâchoires provoquée par l'excitation du masséter gauche se dissipe sous l'influence de la compression ovarienne gauche et n'est pas atteinte par la compression de la région ovarienne droite. Quand la zone spasmogène du côté gauche du ventre a été transférée par l'action des métaux esthésiogènes au côté droit du ventre, la pression de la région ovarienne gauche a, sur les contractures provoquées, une influence identique à celle que nous venons de signaler, c'est-à-dire qu'elle fait disparaître les contractures siègeant sur le côté gauche du corps, et ne modifie pas celles qui occupent les muscles du côté droit.

Lorsqu'on fait passer la malade de l'état de veille à l'état cataleptoïde, les contractures provoquées persistent.

Lorsqu'on la fait passer à l'état léthargique, toutes les contractures disparaissent : les muscles deviennent flasques, inertes, et lorsqu'on fait cesser l'état léthargique, les contractures ne se reproduisent pas.

IV

EXPÉRIENCES RELATIVES A L'ACTION DES PROCÉDÉS HYPNOGÈNES

Les expériences suivantes ont été faites sur une hystérique du service, nommée Albertine M..., dont l'histoire a été racontée dans les XLVII[e], LIII[e] et LIX[e] leçons.

Nous rappellerons, avant d'en commencer le récit, que la malade sur laquelle elles ont été pratiquées peut être placée dans trois phases distinctes de l'état hypnotique : 1° l'*état cataleptoïde les yeux ouverts;* 2° l'*état cataleptoïde les yeux fermés;* 3° l'*état léthargoïde;* — et qu'elle est hypnotisable : *a*) par la *fixation du regard; b*) par la *compression des globes oculaires; c*) par l'*insufflation douce et prolongée sur la cornée; d*) par *divers moyens d'excitation de l'oreille; e*) par la *compression de plusieurs zones hypnogènes; f*) par l'*injonction verbale impérative.*

A) **Fixation du regard.** — La malade étant assise, debout ou couchée, si on la regarde fixement, les yeux dans les yeux, elle sent, au bout de quelques secondes, « ses tempes serrées comme dans un étau », puis « ça lui barbotte dans la tête », ses yeux deviennent humides, elle rejette sa tête en arrière, fait une grande inspiration et s'endort.

Le temps nécessaire pour obtenir le sommeil varie avec la distance à laquelle est placé l'expérimentateur :

Si la distance est de	0m20,	le sommeil se produit en	3	secondes.
—	0m50	—	9	—
—	5m00	—	14	—
—	10m00	—	21	—
—	25m00	—	30	—

Il est inutile que l'expérimentateur ait la volonté d'endormir la malade. Quelquefois nous avons placé Albertine en face d'une autre hystérique facilement hypnotisable, en les priant de se regarder fixement l'une l'autre. Après quelques secondes, elles étaient endormies toutes les deux.

Ce n'est pas l'observateur qui endort la malade, c'est la malade qui s'endort elle-même par le fait seul qu'elle regarde fixement un objet quelconque. C'est ainsi que le sommeil se produit rapidement lorsqu'on dit à Albertine de regarder avec fixité un objet quelconque, brillant ou non, rapproché ou éloigné. Elle s'endort en fixant le bout de ses doigts, le nez d'une personne quelconque, un point de la muraille, une plaque de verre

dépoli, un miroir. L'interposition d'une plaque de verre transparente entre l'œil de la malade et le point fixé n'empêche pas la production du sommeil.

La simple convergence des yeux vers un point imaginaire situé dans l'espace, au voisinage ou au loin de la malade, ne suffit pas pour l'endormir. Elle ne s'endort pas non plus en regardant une plaque de gélatine très transparente ou une lame de verre ordinaire, s'il n'existe pas derrière elles un objet opaque sur lequel le regard puisse se fixer.

Pour que le sommeil se produise par la fixation du regard, il est indispensable que l'objet fixé soit immobile ou plutôt qu'il soit dans un rapport constant avec l'œil de la malade. Voici les principales expériences sur lesquelles est fondée cette proposition.

Expérience 1. — Une boule de cuivre poli du volume d'une noix est suspendue à un fil de $1^{m}80$ de long et animée d'un mouvement pendulaire régulier. Albertine est placée en face de la boule et suit des yeux tous les mouvements. Après neuf minutes de fixation elle n'est pas endormie. A ce moment, les mouvements n'ont plus qu'un millimètre environ d'amplitude.

Exp. 2. — Nous plaçons Albertine en face de nous et nous lui ordonnons de fixer nos yeux que nous agitons de mouvements continuels dans tous les sens. Après plusieurs minutes, le sommeil ne se produit pas. Même résultat quand nous déplaçons incessamment la tête par un mouvement régulier qui la porte tantôt à droite, tantôt à gauche.

Exp. 3. — Nous prions Albertine de regarder fixement le cylindre d'un appareil enregistreur pendant qu'il est animé d'un mouvement de rotation rapide ou lent. Pas de sommeil après six minutes de fixation. Le sommeil ne se produit pas non plus lorsque la malade regarde fixement l'axe du régulateur en mouvement. Le sommeil se produit, au contraire, après quelques secondes si la malade fixe le cylindre ou le régulateur au repos.

Il résulte des expériences précédentes qu'Albertine ne s'endort par quand elle fixe un objet mobile. Cependant si l'on se place en face d'elle et si, pendant qu'on la regarde fixement, on marche à reculons en l'entraînant avec soi, elle s'endort très rapidement. De même si on la fait tourner autour de soi sans cesser de la regarder, le sommeil est produit en quelques secondes. C'est que, dans ces expériences, ce sont les corps qui se meuvent : les yeux restent immobiles ou du moins leurs rapports ne changent pas.

Pendant longtemps nous avons cru que la fixation du regard produisait invariablement chez Albertine le sommeil en état cataleptoïde les yeux fermés. Une observation plus attentive nous a appris qu'on pouvait à volonté provoquer l'une ou l'autre des phases du sommeil hypnotique selon qu'on prolongeait plus ou moins la fixation du regard.

Pour déterminer le sommeil en état cataleptoïde les yeux ouverts, il suffit d'écarter des yeux de la malade l'objet fixé aussitôt que commence la grande inspiration qui précède l'arrivée du sommeil. Si l'objet fixé est maintenu plus longtemps devant les yeux de la malade, celle-ci passe de l'état cataleptoïde les yeux ouverts à l'état cataleptoïde les yeux fermés. L'expé-

rience peut être faite en deux temps, et elle donne alors des résultats très nets. On fixe la malade et quand elle commence à faire le mouvement d'inspiration qui annonce le début du sommeil, on s'écarte brusquement. Albertine reste alors en état cataleptoïde les yeux ouverts. Un instant après on la fixe de nouveau d'une distance assez grande ($0^{m}50$ environ), et elle tombe en état cataleptoïde les yeux fermés.

Quand la malade est en *état cataleptoïde les yeux ouverts,* on peut aussi la faire passer à l'*état léthargoïde* les yeux ouverts : il suffit pour cela de la fixer de très près ($0^{m}10$ à $0^{m}20$ environ) pendant quelques secondes. Une lumière très vive produit le passage rapide de l'*état cataleptoïde les yeux ouverts* à l'*état léthargoïde les yeux ouverts.* Les deux états se succèdent alors très rapidement, et si l'on n'était pas prévenu on pourrait croire que la léthargie a été produite d'emblée ; mais nous nous sommes plusieurs fois assurés en interrompant l'action de la lumière en temps opportun, qu'il n'en était rien et que la léthargie était toujours précédée par l'état cataleptoïde.

En résumé, la fixation du regard peut déterminer chez Albertine différents stades du sommeil hypnotique :

1° Si la distance entre l'œil du sujet et l'objet fixé est assez grande, la malade s'endort en état cataleptoïde les yeux ouverts et passe ultérieurement à l'état cataleptoïde les yeux fermés ;

2° Si l'objet qui a servi de point de mire pour provoquer le sommeil est placé très près de l'œil du sujet ou s'il a un éclat très vif, on obtient primitivement l'état cataleptoïde les yeux ouverts et, consécutivement, l'état léthargoïde les yeux ouverts.

B) **Compression des globes oculaires.** — La simple occlusion des paupières par une main étrangère ne provoque pas le sommeil.

La compression douce exercée sur les globes oculaires à travers les paupières fermées produit, après cinq ou six secondes l'hypnose, artificielle en état cataleptoïde les yeux fermés. Le résultat est également certain et rapide si la compression est exercée par les doigts d'une personne étrangère ou par un corps inerte. En plaçant, par exemple, sur les yeux de la malade deux boules d'ouate qu'on maintient en place à l'aide d'une bande élastique, on provoque le sommeil aussi sûrement que si l'on comprime les globes oculaires avec la face palmaire des pouces.

Si, après que la malade est endormie en état cataleptoïde les yeux fermés, on continue à exercer la compression de ses globes oculaires, elle tombe en état léthargique les yeux fermés.

La compression d'un seul œil (le droit ou le gauche indifféremment), l'autre étant ouvert ou fermé, détermine en sept secondes l'état cataleptoïde les yeux fermés et non pas, comme cela arrive chez certaines malades, l'hypnose unilatérale.

C) **Insufflation douce sur les yeux.** — L'insufflation douce pratiquée sur les yeux de la malade soit directement avec la bouche, soit avec une poire

de caoutchouc ou un soufflet, provoque le sommeil en très peu de temps (quelques secondes). Pour être efficace il faut que l'insufflation soit pratiquée sur la cornée. L'insufflation prolongée sur les paupières agace la malade, mais ne l'endort pas.

D) **Excitation des organes de l'ouïe; audition de bruits monotones; compression des opercules des oreilles.** — L'audition de certains bruits monotones provoque rapidement le sommeil. Ainsi la malade s'endort en huit ou dix secondes en écoutant le bruit spécial que fait un flacon à large ouverture approché de l'oreille, ou le tic-tac d'une montre. Le sommeil a lieu d'abord en état cataleptoïde les yeux ouverts, puis en état cataleptoïde les yeux fermés. La montre produit le sommeil, non seulement quand elle est appliquée sur l'une des oreilles (la droite ou la gauche indifféremment), mais encore quand elle est écartée de plusieurs centimètres, quand elle est tenue entre les dents ou quand elle est mise en contact avec un point quelconque du crâne. Si elle est appliquée sur le cou ou la nuque, le sommeil ne se produit pas.

Le diapason en vibration agit plus activement que la montre. Maintenu à une petite distance de l'oreille ou appliqué sur le crâne, il provoque très rapidement d'abord l'état cataleptoïde les yeux ouverts, puis l'état cataleptoïde les yeux fermés, puis l'état léthargoïde.

Dans le cas où le diapason est appliqué sur le crâne, il importe pour que l'expérience réussisse bien, qu'il soit plus rapproché d'une oreille que de l'autre.

Les bruits variés ne provoquent pas le sommeil. Ainsi on ne peut pas endormir Albertine en simulant devant elle avec la bouche le bruit que fait le vol d'une mouche. La compression simultanée des deux opercules auditifs ou la compression isolée de l'un des deux détermine en quelques secondes l'état cataleptoïde les yeux ouverts, puis l'état cataleptoïde les yeux fermés, puis l'état léthargoïde les yeux fermés.

L'insufflation prolongée dans les conduits auditifs externes ne provoque pas le sommeil.

E) **Excitations cutanées; zones hypnogènes.** — Les excitations diffuses de la peau, les frictions, le chatouillement, l'insufflation ne provoquent pas le sommeil. En revanche, le sommeil est produit instantanément par la pression de certains points limités du corps, de certaines *zones hypnogènes* qui méritent une description détaillée.

a) *Topographie des zones hypnogènes.* — Nous connaissons chez Albertine quatre zones hypnogènes distinctes *(fig. 55)*. Elles siègent : sur les plis du coude et dans les deux creux poplités.

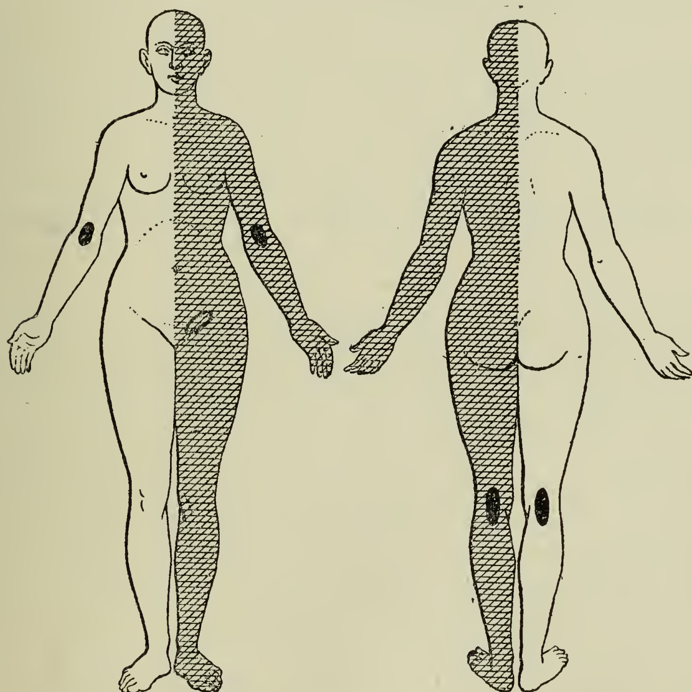
Les zones des plis du coude ont une forme polygonale de $0^{m}50$ de hauteur sur $0^{m}03$ de largeur. Elles sont divisées par le pli articulaire en deux parties sensiblement égales. Dans leur partie supérieure elles recouvrent le tendon du biceps qu'elles débordent de quelques millimètres de chaque côté. Les zones des creux poplités mesurent environ $0^{m}08$ à $0^{m}10$ de hauteur

sur 0m06 de largeur. Le pli articulaire les divise en deux parties à peu près égales.

b) *Etat de la peau au niveau des zones hypnogènes.* — La peau qui recouvre les zones hypnogènes ne présente aucun trouble de nutrition appréciable. Il n'y a pas de différence de coloration avec les parties voisines. Il n'y a pas non plus de différences notables de température.

Les zones du côté gauche occupent des régions cutanées anesthésiques, celles du côté droit occupent des régions cutanées où la sensibilité est conservée.

Fig. 55. — Zones hypnogènes et hypno-frénatrices d'Albertine M...



c) *Modes d'excitation des zones hypnogènes.* — Les zones hypnogènes ne sont pas excitables par le pincement même très énergique ni par la piqûre d'un pli de la peau qui les recouvre. La friction des creux poplités ou des plis du coude avec une brosse ou un linge rude ne provoque pas non plus le sommeil. La compression profonde des régions hypnogènes avec les doigts ou avec un corps étranger est le mode d'excitation le plus efficace de ces zones.

d) *Effets de la compression des zones hypnogènes.* — Si l'on comprime très énergiquement et brusquement l'une quelconque des zones hypnogènes qui viennent d'être décrites, la malade tombe tout à coup en état léthargoïde les yeux ouverts. Mais si la compression est lente et graduelle, on observe les

phénomènes suivants : tout d'abord Albertine devient inquiète; elle éprouve une sensation de constriction désagréable aux tempes, ses yeux deviennent humides, elle fait une large inspiration et s'endort en état cataleptoïde les yeux ouverts, état dans lequel elle reste si, à ce moment, on cesse la compression. Si, au contraire, on continue de comprimer la zone hypnogène, la malade ferme les paupières et passe à l'état cataleptoïde les yeux fermés, et si l'on exerce une compression plus forte encore, elle tombe en état léthargoïde les yeux fermés.

La compression, même très énergique, sur les différents points du corps autres que les zones hypnogènes, sur les jambes, les pieds, les mains, les avant-bras, les cuisses, les épaules, le rachis, etc., ne provoquent pas le sommeil hypnotique. Il faut signaler cependant que la pression énergique le long des troncs nerveux qui se rendent aux zones hypnogènes (sciatiques et médians) peut déterminer les mêmes effets que la compression des zones hypnogènes elles-mêmes; c'est-à-dire qu'en comprimant graduellement le nerf sciatique le long de la face postérieure de la cuisse ou le paquet vasculo-nerveux le long de la face interne du bras, on obtient les trois phases successives du sommeil hypnotique : 1° état cataleptoïde les yeux ouverts ; 2° état cataleptoïde les yeux fermés; 3° état léthargoïde les yeux fermés.

e) *Agents modificateurs des zones hypnogènes.* — Tous les moyens que nous avons employés (sauf les suggestions dont il sera question plus loin) dans le but de modifier l'excitabilité des zones hypnogènes ont échoué. Malgré les résultats invariablement négatifs de toutes nos tentatives, nous croyons devoir donner le résumé de quelques-unes de nos expériences.

Expérience 1. — *Lien circulaire autour de la racine des membres.* — Le 3 août 1882, après avoir constaté que le zone hypnogène du pli du coude droit jouit de son excitabilité normale, nous appliquons au tiers supérieur du bras un lien de caoutchouc assez serré pour diminuer notablement les pulsations de l'artère radiale sans les supprimer complètement. L'application du lien est faite à neuf heures quarante minutes.

A neuf heures cinquante minutes, la main et l'avant-bras sont violacés. La zone du pli du coude est aussi excitable qu'auparavant.

A neuf heures soixante minutes, même état. L'excitabilité de la zone est conservée. On enlève le lien.

Exp. 2. — *Anémie locale par la bande d'Esmarch.* — Le 5 août 1882, à neuf heures cinquante-six minutes, la zone du pli du coude gauche étant reconnue excitable, on enroule méthodiquement autour de la main de l'avant-bras et du bras gauche une bande d'Esmarch.

A dix heures, l'excitabilité de la zone n'est pas modifiée.

A dix heures huit minutes, le membre est froid, marbré, complètement ischémié. Les mouvements volontaires sont totalement supprimés. La zone du pli du coude reste excitable comme par le passé.

A dix heures neuf minutes, on enlève la bande en ayant soin de laisser sur les bras un lien circulaire fortement serré.

A dix heures quatorze minutes, l'excitabilité de la zone hypnogène du pli du coude n'est pas modifiée. La pression graduelle provoque successivement : 1° l'état cataleptoïde les yeux ouverts; 2° l'état cataleptoïde les fermés; 3° l'état léthargique les yeux fermés. On enlève le lien.

Dans l'après-midi du même jour, on enroule méthodiquement la bande d'Esmarch autour du membre inférieur gauche. L'expérience est commencée à cinq heures quarante-sept minutes.

A cinq heures cinquante et une minutes, on comprime la zone du creux poplité à travers les tours de bande et on constate que son excitabilité est conservée.

A cinq heures cinquante-trois minutes, impotence volontaire absolue des muscles du membre anémié.

A cinq heures cinquante-six minutes, la zone du creux poplité a conservé toute son excitabilité. On constate ce fait assez singulier, à savoir que bien qu'aucun mouvement volontaire ne soit plus possible dans le membre inférieur gauche, cependant ce membre soulevé conserve les attitudes qu'on lui donne aussi bien que celui du côté opposé.

A cinq heures cinquante-huit minutes, la zone est toujours excitable. On enlève la bande et on refait la même expérience sur le membre inférieur droit.

La bande est appliquée sur ce membre à six heures quatre minutes.

A six heures dix minutes, l'impuissance motrice volontaire est absolue.

La compression de la zone du creux poplité produit les mêmes effets hypnogènes qu'avant le début de l'expérience. Quand la malade est en état cataleptoïde, elle est incapable de mouvoir volontairement son membre inférieur droit. Cependant ce membre conserve très bien les attitudes dans lequel on le place.

A six heures douze minutes, on enlève la bande.

Exp. 3. — *Application de sinapismes.* — Le 12 août 1882, à neuf heures vingt-deux minutes, nous appliquons sur la zone hypnogène du pli du coude gauche (côté anesthésique) un sinapisme Rigollot.

A neuf heures vingt-sept minutes, la malade se plaint d'éprouver des picotements douloureux aux points recouverts par l'emplâtre. La compression graduelle de la zone du pli du coude, à travers le sinapisme laissé en place, provoque le sommeil hypnotique sous les trois états successifs connus : 1° état cataleptoïde les yeux ouverts; 2° état cataleptoïde les yeux fermés; 3° léthargie.

A neuf heures vingt-neuf minutes, la douleur provoquée par le sinapisme devient insupportable. La peau recouverte par l'emplâtre est très rouge; elle est devenue sensible à la piqûre. L'action hypnogène de la zone sous-jacente n'est pas modifiée. On cesse l'expérience.

Exp. 4. — *Injection hypodermique d'eau.* — Nous injectons sous la zone du pli du coude droit une seringue de Pravaz d'eau distillée. La boule d'œdème est bien marquée. La peau qui la recouvre devient rouge et douloureuse, mais la zone hypnogène conserve toute son excitabilité.

Exp. 5. — *Faradisation cutanée.* — Le 7 août 1882, nous promenons le pinceau électrique sur la région du pli du coude droit (courants induits à interruption rapides, assez forts pour déterminer une douleur modérée). La faradisation dure de neuf heures quarante-huit minutes à dix heures cinq minutes. L'excitabilité de la zone n'est pas modifiée.

Le même jour, nous électrisons de la même manière pendant treize minutes consécutives la peau de la région poplitée gauche. La zone hypnogène de cette région reste également excitable avant, pendant et après l'électrisation.

Exp. 6. — *Galvanisation médullaire.* — Le 7 août 1882, nous faisons passer un courant galvanique sur la colonne vertébrale. Le pôle positif est placé sur le cou, le négatif sur le sacrum. Le courant est produit par six éléments d'une pile de Gaiffe. Après vingt et une minutes, les zones hypnogènes ne sont pas modifiées. A ce moment, la zone spasmogène du sein gauche a perdu son excitabilité.

Exp. 7. — *Électrisation statique.* — Les zones hypnogènes conservent toute leur excitabilité pendant et après l'électrisation statique. Albertine peut être endormie sur le tabouret isolant de la machine en activité par la pression des zones hypnogènes tout aussi facilement que si elle n'était pas électrisée.

F) **Injonction impérative.** — Quand on dit impérativement à la malade : « Dormez, » elle tombe aussitôt en état cataleptoïde les yeux ouverts ; une nouvelle injonction la fait passer à l'état cataleptoïde les yeux fermés ; une troisième provoque l'état léthargoïde. Si l'ordre est donné d'une voie douce, le sommeil ne se produit pas. Il ne se produit pas non plus si l'on donne à la malade une boîte d'allumettes en lui affirmant qu'elle s'endormira en l'ouvrant. En d'autres termes, les suggestions impératives ont seules une action hypnogène, les suggestions par persuasion sont inefficaces.

V

EXPÉRIENCES RELATIVES AUX PHÉNOMÈNES DE TRANSFERT

Il a été fait allusion dans le courant de la LXe leçon (p. 330), aux phénomènes de transfert de l'anesthésie et des zones hystérogènes, étudiés sur la nommée Paule C... Voici le résumé de quelques-unes des expériences que nous avons pratiquées[1] :

Expérience 1. — *Transfert de la sensibilité et des zones spasmogènes et hypnogènes sous l'influence de l'application d'une pièce de zinc.* — Le 12 octobre 1884, à trois heures et demie de l'après-midi, nous faisons venir Paule C... au laboratoire. Elle est, comme à l'ordinaire, hémi-anesthésique droite. Les zones spasmogènes et hypnogènes occupent leur position habituelle *(fig. 56* et *57)*.

A trois heures cinquante-deux minutes, nous appliquons sur la face interne de la jambe droite une pièce de zinc de 35 millimètres de diamètre, que nous maintenons en place avec un mouchoir attaché autour de la jambe.

A quatre heures trois minutes, la malade ressent un peu de chaleur au niveau de la pièce. La sensibilité est revenue à ce niveau et à quelques centimètres au delà. Dans le point symétrique du côté opposé, on constate l'existence d'une plaque insensible d'égale étendue. Rien de changé dans les zones.

A quatre heures cinq minutes, la sensibilité s'est étendue au pied droit. Elle commence à se montrer au genou droit sans avoir encore complètement disparu au genou gauche, si bien que les deux genoux sont également peu sensibles à la piqûre.

Les zones hypnogènes et hypno-frénatrices des genoux sont supprimées. Les zones hypnogènes et hypno-frénatrices des hanches, des seins, des régions mastoïdiennes sont conservées sans modification. La zone spasmogène de la région ovarienne gauche a conservé toute son excitabilité.

A quatre heures sept minutes, la sensibilité est vive au genou droit et nulle au gauche. Les zones du genou sont transférées : celle de droite est devenue hypnogène et celle de gauche hypno-frénatrice. Toutes les autres zones sont à leur place habituelle.

A quatre heures neuf minutes, le transfert de la sensibilité remonte

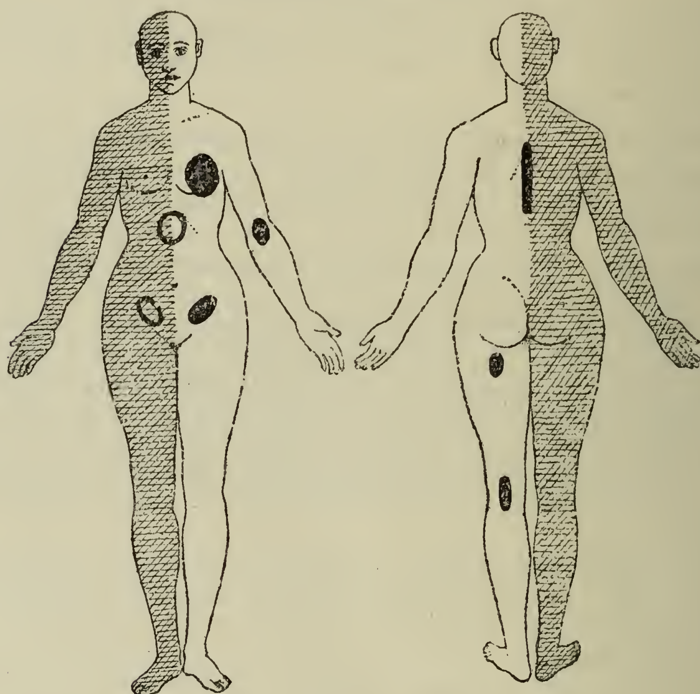
[1] Le résumé très succinct de l'observation de la nommée Paule C... est rapporté p. 321.

jusqu'aux hanches. Les zones hypnogène et hypno-frénatrice des hanches sont transférées. La zone spasmogène de l'ovaire gauche est conservée. Les zones des seins et des apophyses mastoïdes sont intactes.

A quatre heures dix minutes, le transfert de la sensibilité s'étend au ventre. Les zones ovariennes sont transférées : la droite est devenue spasmogène et la gauche spasmo-frénatrice. Il est à noter que la malade n'a pas éprouvé de tiraillements dans le ventre. Les zones des seins et des régions mastoïdiennes ne sont pas transférées.

A quatre heures treize minutes, le transfert de la sensibilité a gagné toute la poitrine. Les zones dès seins sont transférées, celles des apophyses mastoïdes ne le sont pas.

Fig. 56. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Paule C...



A quatre heures quinze minutes, la face est peu sensible des deux côtés. La malade éprouve des tournements de tête. Les zones mastoïdiennes sont supprimées.

A quatre heures seize minutes, la sensibilité est normale au côté droit du visage : les zones hypnogènes des régions mastoïdiennes sont transférées.

A quatre heures dix-huit minutes, le transfert de la sensibilité est encore incomplet aux membres supérieurs. Les zones de léthargie ne sont pas transférées. On peut provoquer des contractures, par les procédés ordinaires, aux quatre membres.

A quatre heures vingt et une minutes, le transfert de la sensibilité est complet, même aux membres supérieurs.

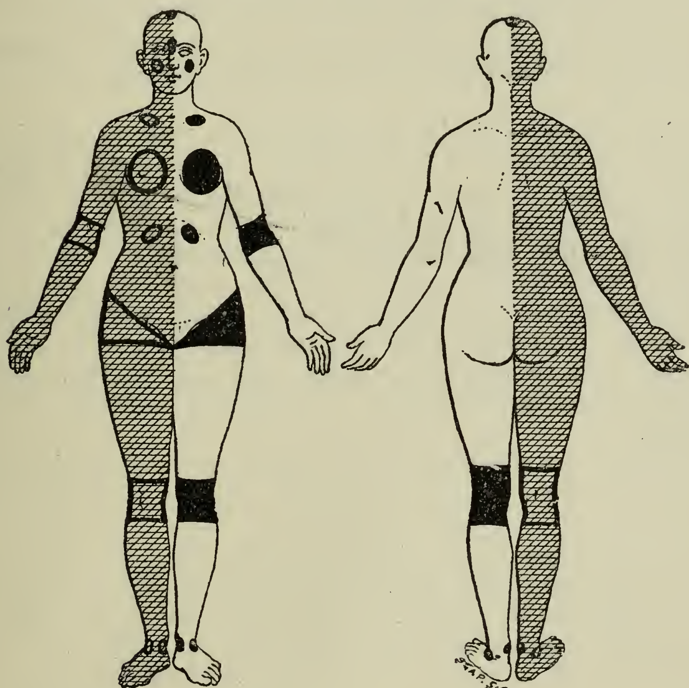
A ce moment, toutes les zones sur lesquelles on a expérimenté (sauf les zones de léthargie) sont transférées. L'ovaire droit est spasmogène et le gauche spasmo-frénateur. Le genou, la hanche, le sein, l'apophyse mastoïde sont hypnogènes à droite et hypno-frénateurs à gauche.

A quatre heures vingt-deux minutes, on enlève la pièce de zinc.

A quatre heures vingt-cinq minutes, le transfert de la sensibilité et des zones persiste.

A quatre heures trente-cinq minutes, la sensibilité paraît moins vive dans

Fig. 57. — Zones hypnogènes et hypno-frénatrices de Paule C...



le côté droit du corps et des membres. Toutes les zones ont disparu, sauf celles de léthargie.

A quatre heures trente-sept minutes, la sensibilité est complètement revenue dans le membre inférieur gauche, incomplètement dans le reste du côté gauche. Les zones des genoux et des hanches ont repris leur position normale.

A quatre heures trente-huit minutes, la sensibilité reparaît dans le côté gauche du ventre. La zone ovarienne gauche a repris son excitabilité, mais elle se trouve plus haut placée qu'à l'état ordinaire.

A quatre heures trente-neuf minutes, la sensibilité reparaît dans le côté

gauche de la poitrine. Les zones des seins ont repris leur position habituelle. Les zones mastoïdiennes sont toujours inexcitables : la sensibilité est encore très obtuse des deux côtés du visage.

A quatre heures quarante-cinq minutes, la malade sent des picotements au visage. Pas de zones mastoïdiennes.

A quatre heures quarante-huit minutes, la sensibilité est revenue dans le côté gauche du visage et n'existe plus du tout dans le côté droit. Les zones mastoïdiennes ont repris leur activité et leur position.

A quatre heures cinquante minutes, on cesse l'expérience.

En résumé, l'application d'une pièce de zinc sur la jambe droite (côté anesthésié) a produit, après vingt-neuf minutes, le transfert graduel de la sensibilité. Les zones hypnogènes et spasmogènes ont été transférées progressivement, à mesure que le transfert de la sensibilité se produisait. Ces zones sont revenues peu à peu à leur position normale, après l'enlèvement de la pièce de zinc, à mesure que la sensibilité a regagné le côté gauche du corps.

Exp. 2. — *Transfert de la sensibilité et des zones spasmogènes et hypnogènes sous l'influence de l'application d'une pièce d'acier.* — Le 13 octobre 1884, nous constatons que Paule C... est hémi-anesthésique droite et qu'elle possède des zones hypnogènes aux malléoles, au genou, à la hanche, au sein, au creux sus-claviculaire et à la région mastoïdienne du côté gauche, tandis que les parties exactement symétriques du côté droit sont hypno-frénatrices. Nous constatons, en outre, que la région ovarienne gauche est spasmogène et la droite spasmo-frénatrice, et qu'une zone léthargogène siège au niveau des derniers cartilages costaux droits, une zone léthargo-frénatrice étant située sur les derniers cartilages costaux du côté gauche.

A neuf heures quarante minutes, nous appliquons sur la face interne du mollet droit (côté de l'anesthésie) une pièce d'acier de 35 millimètres de diamètre.

A neuf heures quarante-cinq minutes, la malade éprouve une légère sensation de picotements sous la pièce. A ce niveau et à quelques centimètres au delà, la sensibilité est revenue. Le point symétrique du côté opposé est insensible. Les zones du pied et du genou ne sont pas modifiées.

A neuf heures quarante-huit minutes, la sensibilité s'étend au pied droit; elle a disparu au pied gauche. Le genou droit est encore insensible. Les zones des malléoles sont transférées : celle de droite est hypnogène, celle de gauche hypno-frénatrice. Les zones des genoux et au-dessus ne sont pas modifiées.

A neuf heures quarante-neuf minutes, le transfert de la sensibilité ne s'étend pas encore à la cuisse droite. Cependant les zones du mollet et de la hanche sont devenues inexcitables. La zone spasmogène du ventre et les zones hypnogènes des seins, des creux sus-claviculaires et des apophyses mastoïdes sont intactes.

A neuf heures cinquante minutes, même état.

A neuf heures cinquante-deux minutes, la sensibilité est bien revenue au

genou. Les zones hypnogènes des genoux ont repris leur activité, mais elles sont transférées. Les zones des hanches sont toujours abolies. Celles du ventre et au-dessus sont normales.

La malade ressent quelques petits tiraillements dans les deux jambes, surtout dans celle du côté droit.

A neuf heures cinquante-quatre minutes, la sensibilité est revenue à la cuisse droite ; elle a disparu à la cuisse gauche. Les zones de la hanche ont repris leur activité, mais elles sont transférées : l'hypnogène est à droite, l'hypno-frénatrice à gauche. La zone spasmogène est conservée. Les zones des seins, des creux sus-claviculaires, des apophyses mastoïdes ne sont pas modifiées.

A neuf heures cinquante-neuf minutes, la piqûre commence à être perçue sur le côté droit du ventre ; elle ne l'est pas sur le gauche. La malade ressent dans l'abdomen des tiraillements dirigés de gauche à droite.

La zone spasmogène de la région ovarienne gauche est transférée du côté droit et la zone spasmo-frénatrice de la région ovarienne droite est transférée du côté gauche. Les zones des seins et au-dessus sont conservées sans modifications.

A dix heures, la sensibilité est affaiblie et à peu près égale sur les deux côtés de la poitrine. Les zones des seins sont supprimées. Les zones des creux sus-claviculaires et des apophyses mastoïdes persistent. Les zones de léthargie également.

A dix heures deux minutes, les piqûres pratiquées sur le côté droit de la poitrine sont vivement perçues. Les zones du sein ont repris leur activité, mais elles sont transférées. Le cou et la face sont très peu sensibles des deux côtés. Les zones sus-claviculaire et mastoïdienne sont supprimées.

A dix heures quatre minutes, même état. La malade éprouve des tournements de tête.

A dix heures six minutes, les piqûres pratiquées sur le côté droit du cou sont vivement perçues ; le côté opposé est insensible. Les zones mastoïdiennes sont toujours abolies. Tournements de tête assez forts.

A dix heures huit minutes, la sensibilité est très vive dans toute la moitié droite de la face et de la tête. Les zones mastoïdiennes sont de nouveau actives, mais elles sont transférées. La zone léthargogène est toujours à sa place, ainsi que la léthargo-frénatrice.

En somme, à ce moment de l'expérience, tout le côté droit de la malade est sensible et tout son côté gauche est insensible. Toutes les zones hypnogènes qui existaient au début sur la moitié droite du corps sont passées sur la moitié gauche, et toutes les zones hypno-frénatrices qui se trouvaient sur la moitié gauche du corps sont passées sur les points symétriques du côté droit. La zone spasmogène du flanc gauche est devenue spasmo-frénatrice ; la zone spasmo-frénatrice du flanc gauche est devenue spasmogène. Les zones de léthargie sont seules restées à leur place.

On enlève la pièce d'acier.

A dix heures seize minutes, pas de modifications.

A dix heures vingt minutes, la sensibilité reparaît à la jambe gauche et

disparaît à la droite. Les zones malléolaires sont abolies. Les zones du genou et au-dessus ne sont pas modifiées : elles sont excitables et leur transfert persiste.

A dix heures vingt et une minutes, les zones des malléoles et des genoux sont abolies; celles des hanches et au-dessus persistent.

A dix heures vingt-deux minutes, même état.

A dix heures vingt-trois minutes, la piqûre est très nettement perçue sur la jambe droite ; elle est obtenue à la cuisse. Les zones des hanches sont abolies. Les zones des malléoles et des genoux ont repris leur activité et leur position normale, c'est-à-dire que celles du côté gauche sont hypnogènes et celles du côté droit hypno-frénatrices.

La sensibilité est toujours abolie dans le côté gauche du ventre, de la poitrine, de la tête et du cou. La zone spasmogène est toujours dans le flanc droit et la spasmo-frénatrice dans le flanc gauche. La malade éprouve dans le ventre des tiraillements dirigés de droite à gauche.

A dix heures vingt-quatre minutes, la sensibilité revient peu à peu sur le côté gauche du ventre. Il n'y a plus de zones spasmogènes ni à droite ni à gauche. Les zones des hanches n'ont pas encore reparu. Les zones mammaires sus-claviculaires et mastoïdiennes sont supprimées.

A dix heures vingt-six minutes, la zone spasmogène a repris son excitabilité : elle est située dans le flanc gauche. La région symétrique du côté opposé est spasmo-frénatrice. Les zones des hanches ont reparu dans leur position normale. Les zones des seins et au-dessus sont toujours abolies.

A dix heures vingt-huit minutes, la sensibilité est obtuse dans les deux côtés de la poitrine et du visage. Tournements de tête. Les zones des seins et au-dessus sont toujours abolies. Les zones de léthargie n'ont pas bronché.

A dix heures trente minutes, les zones des seins ont repris leur activité et leur situation habituelle. Les zones du cou et des apophyses mastoïdes sont toujours abolies.

A dix heures trente-deux minutes, la sensibilité est complètement revenue sur le côté gauche du cou et de la face. Les zones sus-claviculaires et mastoïdiennes sont revenues à leur place.

A dix heures quarante-deux minutes, la malade éprouve encore quelques petits tiraillements dans la tête. Il n'y a pas eu d'oscillations de la sensibilité.

A dix heures quarante-cinq minutes, on cesse l'observation.

En résumé, l'application d'une pièce d'acier sur le mollet droit (côté anesthésié) a produit en vingt-huit minutes le transfert progressif de la sensibilité et des zones hypnogènes et spasmogènes. Les zones de léthargie n'ont pas été modifiées.

Exp. 3. — *Transfert de la sensibilité et des zones spasmogènes et hypnogènes sous l'influence de l'application d'une pièce de cuivre.* — Le 7 octobre 1884, à dix heures quarante-six minutes du matin, nous appliquons sur la face antérieure de l'avant-bras droit de Paule une pièce de cuivre pur de 35 millimètres de diamètre, que nous fixons avec un mouchoir noué autour de l'avant-bras. En commençant l'expérience, nous

nous assurons que Paule est hémianesthésique droite comme à l'ordinaire, qu'elle a une zone spasmogène très active dans la région ovarienne gauche et une zone spasmo-frénatrice dans la région ovarienne droite, une zone hypnogène sur le genou gauche et une zone hypno-frénatrice sur le genou droit, une zone léthargogène sur les fausses côtes droites et une zone léthargo-frénatrice sur les fausses côtes gauches. La force de pression de ses mains mesurée au dynamomètre est : main droite, 11 kilos; main gauche, 17 kilos.

A dix heures cinquante-deux minutes, la malade éprouve une petite sensation de chaleur au-dessous de la pièce. Tout le membre supérieur droit est sensible à la piqûre; le membre supérieur gauche est insensible. L'anesthésie droite persiste aux membres inférieurs. La piqûre est perçue faiblement des deux côtés du visage.

Les zones spasmogènes et spasmo-frénatrices ne sont pas transférées et conservent leur activité. Main droite, 16 kilos; main gauche, 12 kilos.

A dix heures cinquante-cinq minutes, le transfert de la sensibilité à droite est complet. Tout le côté droit est sensible, tout le côté gauche insensible. La malade éprouve quelques tressautements légers dans le membre supérieur droit et des tiraillements de gauche à droite dans le ventre. Les yeux fermés, elle ne se rend pas compte des mouvements qu'on imprime à son membre supérieur gauche, tandis qu'elle apprécie les moindres changements de position du membre supérieur droit (transfert des troubles du sens musculaire). Les douleurs qu'elle éprouve habituellement dans le genou droit sont passées dans le gauche. Cependant, si on la fait lever, elle fléchit toujours sur la jambe droite et non sur la gauche.

Les zones spasmogènes et hypnogènes ont perdu leur activité. La pression des ovaires (droit ou gauche), des genoux (droit ou gauche) ne provoque pas de convulsions et ne détermine pas de sommeil. Main droite, 20 kilos; main gauche, 12 kilos.

A onze heures, le transfert de la sensibilité et des troubles du sens musculaire persiste. Les zones spasmogènes et hypnogènes ont changé de côté : la pression de l'ovaire droit détermine des convulsions et la pression de l'ovaire gauche les arrête; la pression du genou droit provoque le sommeil et la pression du genou gauche le fait cesser. Les zones léthargogènes et léthargo-frénatrices ne sont pas modifiées. Main droite, 27 kilos; main gauche, 13 kilos.

On enlève la pièce de cuivre.

A onze heures cinq minutes, le transfert de la sensibilité persiste. Les zones spasmogènes et hypnogènes n'existent plus. La malade se plaint de douleurs dans la région épigastrique et de tiraillements dans le ventre, dirigés de droite à gauche. État des forces : Main droite, 17 kilos.; main gauche, 12 kilos.

A onze heures neuf minutes, la zone spasmogène a reparu dans le côté gauche du ventre : elle se trouve plus élevée qu'à l'ordinaire; au lieu d'être dans le fond de la fosse iliaque, elle est à la hauteur de la crête iliaque. Les zones de léthargie n'ont pas bronché.

Les zones hypnogènes n'ont pas encore reparu. Le transfert de la sensibilité n'est plus complet. La piqûre est nettement perçue sur le membre supérieur gauche. Aux membres inférieurs, la sensibilité est très faible et à peu près égale des deux côtés.

A onze heures douze minutes, les zones hypnogènes ont repris leur excitabilité. La zone spasmogène est revenue dans la région ovarienne gauche. La sensibilité est normale à gauche et abolie à droite. Main droite, 11 kilos; main gauche, 19 kilos.

A onze heures quinze minutes, tout est revenu comme avant le début de l'expérience : main droite, 11 kilos; main gauche, 17 kilos.

En résumé, l'application d'une pièce de cuivre sur l'avant-bras droit de la malade a produit en quatorze minutes le transfert d'un côté à l'autre de l'hémianesthésie, de l'hémiamyosthénie, des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices, et des zones hypnogènes et hypno-frénatrices. Les zones léthargogènes ont seules résisté au transfert.

Exp. 4. — *Transfert de la sensibilité et des zones spasmogènes et hypnogènes sous l'influence de l'application d'une pièce d'or.* — Le 6 octobre 1884, à dix heures trente-deux minutes du matin, nous appliquons sur l'avant-bras droit de la malade (côté anesthésié) une pièce de vingt francs en or et nous la fixons avec une bande de coton.

A dix heures trente-cinq minutes, la malade n'ayant encore accusé aucune sensation spéciale, on constate que la sensibilité a reparu au-dessous de la pièce et à huit ou dix centimètres au delà. Les régions symétriques, sur l'avant-bras du côté opposé, sont devenues insensibles.

A dix heures trente-sept minutes, la malade ressent des tiraillements dans l'intérieur du membre supérieur droit. Elle sent aussi dans le ventre quelque chose qui la tire de gauche à droite.

Le transfert de la sensibilité est complet : tout le côté droit est sensible, tout le gauche est insensible. Les zones hypnogènes et hypno-frénatrices, spasmogènes et spasmo-frénatrices sont également transférées. Les zones de léthargie seules n'ont pas bronché. La pression des fausses côtes droites provoque le passage immédiat à l'état léthargique, celles des fausses côtes gauches fait cesser la léthargie.

A dix heures quarante-deux minutes, on enlève la pièce d'or.

A dix heures quarante-sept minutes, le transfert de la sensibilité et des zones persiste. La malade éprouve toujours des tiraillements dans le bras droit et des mouvements inaccoutumés dans l'abdomen, particulièrement dans la région sus-ombilicale.

A dix heures cinquante-sept minutes, même état.

A onze heures deux minutes, la malade se plaint que tout lui fait mal dans l'intérieur du corps, qu'elle sent quelque chose d'indéfinissable. Sa respiration devient précipitée. Elle dit qu'elle a le côté droit glacé et le côté gauche très chaud. Le transfert de la sensibilité persiste. Il n'y a plus de zones hypnogènes ni spasmogènes. La compression des genoux, des hanches, des ovaires du côté droit ou du côté gauche ne provoque ni le

sommeil ni les convulsions. On peut endormir la malade par la fixation du regard; mais quand elle est endormie, on ne peut plus la réveiller par la pression des zones hypno-frénatrices.

A onze heures cinq minutes, la sensibilité revient rapidement dans le côté gauche. La malade perçoit encore les piqûres du côté droit, mais elle les perçoit très faiblement. Même absence absolue des zones hypnogènes et spasmogènes que dans l'exploration précédente.

A onze heures huit minutes, le retour de la sensibilité dans le côté gauche du corps est complet; l'hémianesthésie droite a reparu avec tous les caractères qu'elle avait au moment du début de l'expérience. La malade sent dans le ventre des tiraillements douloureux dirigés de droite à gauche. On ne fait aucune exploration des zones pour savoir s'il y aura une attaque spontanée.

A onze heures douze minutes, il n'y a pas eu d'attaque. La malade annonce que les douleurs qu'elle avait dans le ventre viennent de se calmer subitement. Les zones spasmogènes et spasmo-frénatrices ont repris leur place et leur activité habituelles, ainsi que les zones hypnogènes et hypno-frénatrices.

A onze heures quinze minutes, on cesse l'observation.

En résumé, l'application d'une pièce d'or a produit le transfert de la sensibilité et des zones spasmogènes et hypnogènes en cinq minutes.

Les expériences qui viennent d'être rapportées mettent en évidence un certain nombre de particularités qui méritent d'être relevées.

Signalons seulement les suivantes :

1° Le transfert de l'anesthésie et de l'amyosthénie précède toujours le transfert des zones spasmogènes et hypnogènes. Ainsi que cela a été constaté par la Commission de la Société de biologie qui a découvert le phénomène du transfert des anesthésies, la sensibilité reparaît tout d'abord dans les parties du tégument qui sont directement en contact avec l'agent esthésiogène en même temps qu'elle disparaît dans le point symétrique du côté opposé; puis elle gagne de proche en proche jusqu'à ce que tout le côté primitivement anesthésique soit devenu sensible et *vice versa*.

2° Le transfert des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices suit de près le transfert de l'anesthésie et de l'amyosthénie. Il a lieu graduellement : les zones situées sur les parties du corps voisines du point d'application de l'agent esthésiogène se déplacent avant celles qui siègent sur les parties éloignées.

3° Les zones hypnogènes se déplacent après les zones spasmogènes. Elles ne sont pas toutes également mobiles. Celles qui provoquent ou font cesser l'état cataleptoïde se déplacent facilement; celles qui provoquent ou font cesser la léthargie sont beaucoup plus tenaces. Dans toutes nos expériences elles ont résisté au transfert.

4° Quelques instants avant de se déplacer, les zones spasmogènes et hypnogènes s'effacent totalement. Cette perte momentanée de l'excitabilité précède immédiatement et annonce sûrement le transfert de ces zones.

5° La production du transfert s'accompagne habituellement d'une sensation particulière de tiraillement douloureux, déjà signalée en 1885 par MM. Binet et Féré [1].

Il importe de remarquer que, dans toutes les expériences que nous avons pratiquées sur l'action des agents esthésiogènes, nous avons pris le plus grand soin de laisser ignorer à la malade la nature de la substance appliquée sur sa peau. Malgré cette précaution, les effets ont toujours été en rapport direct avec la substance employée. Quand nous nous servions de pièces d'or, le transfert se produisait rapidement; quand nous nous servions de pièces de cuivre ou d'acier, le transfert était plus lent à se manifester; enfin, quand nous employions des pièces de caoutchouc, de verre, de porcelaine, d'os, d'ivoire ou de bois, la sensibilité ne se modifiait pas, et les zones hystérogènes conservaient la position qu'elles avaient au début des expériences, ce qui rend tout à fait invraisemblable l'hypothèse d'après laquelle la suggestion serait l'unique cause des phénomènes de transfert.

[1] A. Binet et Ch. Féré, *Revue philosophique*, t. XIX, 1885.

VI

OBSERVATION CLINIQUE RELATIVE A L'ÉTUDE DE L'AUTOMATISME AMBULATOIRE

L'automatisme ambulatoire est un syndrome complexe dont les rapports avec les grandes névroses ne sont pas encore parfaitement déterminés. Dans certains cas, il paraît être de nature comitiale; dans d'autres, il semble former un épisode de l'hystérie (V. LVI[e] leçon, p. 268); mais il peut aussi se rencontrer chez des malades qui ne présentent aucun symptôme d'épilepsie ni d'hystérie, ainsi que le prouve l'observation suivante.

VAGABONDAGE IMPULSIF SANS SYMPTOMES D'ÉPILEPSIE NI D'HYSTÉRIE

(Observation recueillie par M. Cousin, externe du service.)

Julien L..., âgé de vingt-sept ans, exerçant à Bordeaux la profession de mercier, vient nous consulter le 10 janvier 1891 à l'occasion de fugues qu'il accomplit de temps en temps sans aucune raison plausible.

Antécédents héréditaires. — *Père* vivant, bien portant, sobre et d'un caractère très calme. *Mère* extrêmement nerveuse et irritable, mais n'ayant jamais eu d'attaques convulsives.

Antécédents personnels. — Julien L... n'a pas eu de maladies sérieuses dans son enfance. Il a toujours été très vif et très entêté. Il n'a pas eu d'attaques de somnambulisme. Quand il avait quatre ans, un de ses petits camarades lui a enfoncé un morceau de bois dans l'oreille gauche. Il en est résulté une suppuration du conduit auditif qui ne s'est complètement tarie qu'à vingt-deux ans. Pas d'excès de masturbation; pas de syphilis; pas d'alcoolisme. Jamais de convulsions ni de vertiges.

Julien L... est un garçon intelligent. Il a poussé ses études jusqu'à la deuxième année de l'enseignement spécial et a toujours été considéré comme un bon élève.

1re Fugue. — C'est à dix ans que le malade a fait sa *première fugue.* Il était alors externe au Lycée de Bordeaux. En sortant de la classe, à quatre heures de l'après-midi, il partit pour la foire et y resta toute la soirée, sans manger et sans songer un seul instant à l'inquiétude que son

absence pourrait causer à ses parents. Ceux-ci, ne le voyant pas revenir à l'heure habituelle, eurent l'idée d'aller le chercher sur le champ de foire. A deux heures du matin, ils le retrouvèrent dans un poste de police. Des sergents de ville venaient de le rencontrer errant comme un vagabond et de le conduire à la Permanence. L'enfant déclara qu'il n'avait pas prémédité cette escapade. Il n'avait eu dans la journée aucune punition et n'avait mérité aucune réprimande. Il était parti seul en sortant du Lycée, sans trop savoir où il irait, mais conservant intégralement la conscience de ses actes. Il s'était promené toute la soirée à la foire et n'avait aucune envie de retourner chez lui quand il fut rencontré par les sergents de ville.

2e *Fugue.* — A treize ans, pendant la période des vacances, le jeune Julien fit une fugue beaucoup plus longue. Un beau jour, sans avoir prévenu personne de ses intentions, il quitta la maison paternelle et s'en fut à pied jusqu'à Poitiers, chez un de ses oncles. Il mit huit jours pour faire ce voyage de 250 kilomètres. L'idée d'aller à Poitiers surgit tout à coup dans son esprit. Il se dit : « Je pars pour Poitiers, » et il se mit en marche n'ayant que quelques sous dans la poche et ne sachant pas quel chemin il devait suivre. Dans tout le trajet il ne perdit pas un instant connaissance; il n'avait qu'une idée en tête : arriver à Poitiers. Il dormait où il pouvait, le plus souvent dans des granges, car il n'avait pas d'argent pour s'arrêter dans les auberges, et il ne mangeait que des fruits volés le long de la route. Arrivé à Poitiers, il se souvint qu'il avait un oncle dans cette ville. Il se rendit chez lui et lui raconta son voyage. Son oncle le garda quelques jours et le renvoya par chemin de fer à Bordeaux, où il continua ses études jusqu'à seize ans. A cette époque, on le plaça, en qualité de commis, chez un négociant en vins, où sa conduite ne donna lieu à aucun reproche.

3e *Fugue.* — A dix-neuf ans, il s'engagea dans l'infanterie et devint rapidement caporal. Au moment de devenir sergent, ses chefs lui refusèrent la permission de s'absenter pendant vingt-quatre heures. Il partit néanmoins, sachant très bien qu'il serait puni, et revint à la caserne le jour suivant pour s'entendre condamner à quelques jours de prison.

4e *Fugue.* — Son service militaire terminé, il revint à Bordeaux. Ses parents le firent entrer dans une maison de mercerie en gros et, après sept mois d'apprentissage, lui achetèrent un magasin de détail dont ils lui laissèrent la direction. Pendant quelques mois, il s'occupa régulièrement et avec intelligence de ses affaires. Mais dans le courant de l'été de 1888, Julien quitta un beau matin son magasin. Il prit la route de Pessac, se rendit à Arcachon sans savoir pourquoi, « pour marcher, » dit-il; il suivit les dunes qui bordent l'Océan, traversa une partie des Landes et vint échouer à Biscarrosse, où on le prit pour un vagabond. Le maire lui demanda ses papiers; il répondit en donnant l'adresse de ses parents. On leur écrivit, et son père vint le chercher.

5e *Fugue.* — Au mois d'octobre 1888, Julien est appelé à La Rochelle pour y faire ses vingt-huit jours. Arrivé à la caserne, on constate qu'il a une orchite tuberculeuse (?) et on l'ajourne, ce qui lui cause un très vif désappointement. Il écrit à ses parents de lui envoyer l'argent nécessaire à son retour; mais, avant d'avoir reçu leur réponse, il part pour Paris à pied, sans argent. Il fait le voyage en vingt jours. A Paris, il reçoit de l'argent et revient en chemin de fer reprendre la direction de son magasin.

6e *Fugue.* — Dans la soirée du 13 janvier 1889, il va dans une maison publique et y passe une bonne partie de la nuit. En revenant chez lui, il songe que ses parents lui feront peut-être des reproches. L'idée de partir en voyage surgit; il s'engage à pied sur la route de Bayonne, erre pendant plusieurs jours entre Biarritz, Hendaye, Fontarabie et Irun, traverse Saint-Jean-Pied-de-Port et arrive à Pau où il est arrêté par la police au moment où il demande à la mairie un abri pour la nuit. Son père est informé de son arrestation et vient lui-même le chercher.

7e *Fugue.* — Trois mois plus tard, il fait une nouvelle escapade. Après avoir passé une après-midi à boire plus que de coutume avec quelques amis, il va terminer la soirée dans une maison publique où il a une dispute avec des personnes qu'il ne connaissait pas. En sortant de la maison, il accompagne un de ses amis à La Bastide; il le quitte en lui disant qu'il va rentrer chez lui; mais, resté seul sur l'avenue Thiers, il change d'idée, s'engage sur la route de Paris et marche jusqu'à Poitiers, s'arrêtant à peine pendant la nuit dans des granges et ne mangeant que du pain. Arrivé à Poitiers, il écrit à son père pour lui demander de l'argent, et celui-ci lui ayant répondu par un refus formel, il va à Tours et à Paris où il vit pendant un mois, gagnant quelques sous à écrire des adresses sur des bandes de prospectus. Puis il revient sur ses pas et rencontre à Châtellerault un de ses cousins qui le ramène à Bordeaux.

8e *Fugue.* — Il reste dans sa famille s'occupant régulièrement de ses affaires jusqu'au mois de juin 1890. Le 2 juin, son père lui fait observer qu'il a vendu certaine marchandise à un prix trop peu élevé. Il sort de son magasin ayant en poche une somme de douze francs, s'arrête quelques instants dans un café des boulevards, puis se met en route pour Mérignac, traverse La Brède et va coucher le lendemain à Barsac. Après quelques heures de repos, il repart dans la direction de Toulouse, traverse Narbonne, Cette, Montpellier, Nîmes, Tarascon, Avignon, Valence, traverse le Rhône à Tournon, passe à Annonay, Saint-Etienne, et arrive à Moulins le 16 juillet. Il écrit à son père de lui envoyer de l'argent pour revenir à Bordeaux; celui-ci lui envoie soixante-quinze francs, mais au lieu de s'en servir pour payer son voyage de retour, il continue à vagabonder, se dirige sur Nevers, traverse Montargis et arrive à Paris dans les derniers jours de juillet. Il y reste trois semaines, s'occupant comme l'autre fois à écrire des adresses sur des bandes, puis il s'ennuie et part pour Fontainebleau, Montereau,

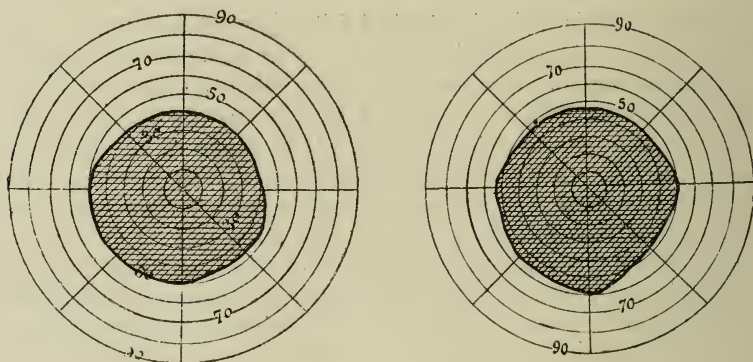
Sens, Joigny, Dijon, Mâcon, Bourg, Grenoble, la Salette, où il travaille pendant trois semaines à charrier des pierres; puis, le froid commençant à se faire sentir (28 octobre), il se dirige vers Gap, Sisteron, Manosque, Aix et arrive à Marseille le 3 novembre. A Marseille, il reçoit de l'argent et revient à Bordeaux en chemin de fer, après une absence de cinq mois. Depuis cette époque il n'a pas fait de nouvelles fugues.

État actuel le 10 janvier 1891. — Julien L... est un jeune homme maigre, paraissant doux, franc et très bien élevé.

Il se plaint d'avoir constamment la tête « lourde et vide » et d'éprouver de temps en temps des poussées congestives et des sensations de choc dans l'intérieur du crâne. Parfois il a de véritables maux de tête et il a alors devant les yeux comme un nuage parsemé de points lumineux.

Son sommeil est habituellement bon, il rêve rarement et n'a presque jamais de cauchemars.

Fig. 58. — Champs visuels de Julien L...



En temps ordinaire (c'est-à-dire dans les intervalles de ses fugues), il aime à faire des exercices physiques, de l'escrime, etc. Il prend plaisir à marcher. Il s'occupe de ses affaires, mais il lui arrive souvent de ne pas pouvoir s'y appliquer avec une attention suffisamment soutenue.

Les oreilles sont normales; sa voûte palatine a une forme nettement ogivale. Le réflexe pharyngien est conservé.

La sensibilité de la peau, des muqueuses et des organes des sens est normale. Les champs visuels sont un peu rétrécis *(fig. 58)*. Pas de daltonisme ni d'achromatopsie. Pas de polyopie monoculaire.

La force musculaire est normale.

Les grands appareils organiques fonctionnent tout à fait régulièrement.

Il se rappelle très exactement tous les épisodes de ses fugues. Si on lui demande pourquoi il entreprend des voyages inutiles, il répond qu'il n'en sait rien, qu'à certains moments il éprouve le besoin de partir et qu'il se met à marcher, souvent sans savoir au juste où il ira. Il éprouve alors une satisfaction indéfinissable à se trouver libre sur une route; il ne souffre

plus de la tête; il se sent heureux de vivre. Dans ses escapades il ne pense à rien; il n'est jamais fatigué. La marche est pour lui un véritable besoin qu'il satisfait instinctivement, sans songer à la peine qu'il cause à ses parents, ni au préjudice que lui cause l'abandon de ses affaires. Il est indifférent à tout ce qui touche aux nécessités matérielles de la vie. Il n'a pas envie de boire; il se nourrit de pain et de fruits; il couche n'importe où; il ne prend aucun souci de la propreté de ses vêtements. Il est toujours parfaitement conscient de son état. Une fois seulement, il a eu des hallucinations de l'ouïe, au début de sa huitième fugue, en quittant Barsac. A un certain moment il lui sembla que son père courait derrière lui et l'appelait d'une voix oppressée. L'illusion se reproduisit trois fois de rang avec une telle vivacité que Julien se retourna brusquement en disant : « Eh bien! quoi? que me veux-tu ? » et fut tout surpris de constater qu'il était seul sur la route.

Dans le cours de ses pérégrinations le malade s'inquiète fort peu de la beauté des paysages, mais il conserve un souvenir très exact des pays qu'il a parcourus. Il a souvent lié connaissance avec des personnes de toutes conditions qui suivaient les mêmes routes que lui. Il se rappelle fort bien les relations qu'il a eues avec ces personnes et les conversations qu'il leur a tenues. Il dit que, dans le cours de ses voyages, il a toujours « l'air abruti », qu'il parle le moins possible, mais qu'il conserve toute sa lucidité intellectuelle. Jamais il n'a commis d'actes délictueux ou criminels. Dans ces périodes, il ne se masturbe pas plus souvent qu'en temps ordinaire et ne fait aucune attention aux femmes.

Traitement : bromure de sodium (2 gr. par jour) et hydrothérapie.

Nous revoyons le malade le 20 février; il se trouve très bien; il n'a plus de sensations de vide dans la tête et s'occupe avec plaisir de son commerce. Il paraît enchanté. Combien de temps cela durera-t-il?...

En somme, le jeune Julien L... entreprend de temps en temps, sans motifs raisonnables, des voyages qui durent de quelques jours à plusieurs mois. Il ne présente aucun symptôme d'hystérie ni d'épilepsie. La céphalée dont il se plaint, la sensation de vide dans la tête, l'inaptitude à l'attention soutenue sont peut-être des symptômes révélateurs d'un certain degré de neurasthénie. Dans tous les cas, les accès de vagabondage impulsif de ce malade diffèrent notablement des formes connues jusqu'à ce jour de l'automatisme ambulatoire comitial et somnambulique.

FIN

PLANCHES

Planche I

Reproduction photographique des traits du nommé Albert Dad..., atteint d'automatisme ambulatoire somnambulique (LVIe Leçon, p. 268).

Fig. 1 et 2. — Aspect du malade à l'état normal.

Fig. 3. — Aspect du malade à la fin d'un accès d'automatisme ambulatoire.

Fig. 4. — Aspect du malade en état d'hypnose provoquée.

PLANCHE I.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Cliché de F. Panajou, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PARIS — Glyptographie SILVESTRE & Cie

Planche II

Observation de la nommée Albertine M...

Fig. 1. — Aspect de la malade à l'état normal.

Fig. 2. — Aspect de la malade à l'état cataleptoïde les yeux ouverts.

Fig. 3. — Aspect de la malade à l'état cataleptoïde les yeux fermés.

Fig. 4. — Contracture provoquée des muscles de la tête, du cou et des membres supérieurs, dans l'état cataleptoïde les yeux ouverts.

PLANCHE II.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Cliché de F. Panajou, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PARIS Glyptographie SILVESTRE & Cie

Planche III

Effets de l'excitation des zones idéogènes d'Albertine M...

Les quatre figures de cette planche montrent les attitudes prises par Albertine M... à la suite de la compression graduellement croissante d'une zone d'extase située sur le sommet du crâne. L'excitation de cette zone provoque une hallucination visuelle fortement objectivée : la malade voit devant elle une Sainte Vierge éblouissante de beauté qui la regarde avec tendresse.

Fig. 1. — Compression très légère : la malade dirige ses yeux vers le ciel et place ses deux mains écartées l'une de l'autre à la hauteur de sa tête. Son visage et son attitude expriment à la fois l'étonnement et l'admiration.

Fig. 2. — Compression un peu plus forte : la malade croise ses mains dans l'attitude du recueillement mystique.

Fig. 3. — Compression plus forte encore : Albertine s'agenouille dans l'attitude de la prière fervente.

Fig. 4. — Compression énergique : la malade se prosterne le front contre terre.

Les effets de l'excitation de cette zone sont identiques quand la malade est à l'état de veille ou quand elle est en état cataleptoïde.

PLANCHE III.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Cliché de F. Panajou, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PLANCHE IV

Effets de l'excitation des zones idéo-ecmnésiques d'Albertine M...

Fig. 1. — Délire ecmnésique provoqué par la compression de la région sous-maxillaire : la malade est furieuse contre une de ses voisines qui a tué une de ses poules ; elle se prépare à injurier et à frapper cette voisine.

Fig. 2. — Délire ecmnésique provoqué par la compression de la région sterno-claviculaire : la malade pleure et s'arrache les cheveux. Son désespoir est provoqué par le souvenir d'un épisode douloureux de sa vie passée (départ d'une maison où elle avait été employée comme servante).

Fig. 3. — Délire ecmnésique provoqué par la compression des apophyses épineuses de la région lombaire : la malade entend de la musique et exécute une danse de Saintonge qu'elle a apprise dans son enfance.

Fig. 4. — Délire ecmnésique provoqué par la compression de la base des apophyses mastoïdes : la malade voit à ses pieds une couleuvre qu'elle n'ose écraser et qui s'enfuit dans les broussailles. Cette hallucination n'est que la réminiscence de la frayeur que lui a causée un jour la vue d'un serpent dans un taillis.

PLANCHE IV.

FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 3.



FIG. 4.



Cliché de F. PANAJOU, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PARIS Glyptographie SILVESTRE & Cie

Planche V

Observation de Paule C...

Fig. 1. — Aspect de la malade à l'état de veille.

Fig. 2. — État cataleptoïde les yeux fermés.

Fig. 3. — État cataleptoïde les yeux ouverts.

Fig. 4. — Hallucination visuelle provoquée dans l'état cataleptoïde les yeux ouverts : la malade croit avoir devant elle un chien hargneux qui la regarde fixement et se dispose à s'élancer sur elle.

PLANCHE V

FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 3.



FIG. 4.



Cliché de F. PANAJOU, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PARIS Glyptographie SILVESTRE & C.

PLANCHE VI

Phénomènes psycho-sensoriels provoqués chez la nommée Marie-Louise F... dans l'état cataleptoïde par l'excitation mécanique des muscles et des zones idéogènes.

Fig. 1. — Aspect de la malade à l'état de veille.

Fig. 2. — Effets de l'excitation à l'aide de baguettes de verre, de la lèvre inférieure un peu au-dessous des commissures de la bouche : la malade sourit (contraction du muscle *risorius*) et une idée risible se présente à son esprit, car elle dit à haute voix : « Oh ! que c'est drôle, que c'est drôle ! »

Fig. 3. — Effets de l'excitation de la joue immédiatement en avant de l'opercule de l'oreille droite (région du muscle auriculaire antérieur) : la malade devient très attentive ; elle élève la main droite à la hauteur de son oreille en disant : « Chut ! écoutez donc ! »

Fig. 4. — Effets de l'excitation de parties latérales du front (faisceaux externes des muscles frontaux) : la malade prend un air étonné et dit en soulevant les épaules : « Après tout elle a peut-être raison. »

PLANCHE VI.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Cliché de F. Panajou, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PARIS. Glyptographie SILVESTRE & C

Planche VII

Phénomènes psycho-sensoriels provoqués chez la nommée Marie-Louise F... dans l'état cataleptoïde par l'excitation mécanique des muscles et des zones idéogènes.

Fig. 1. — Effets de l'excitation unilatérale de la joue au voisinage du nez : la malade respire bruyamment par le nez et fait une sorte de moue comme si elle sentait une odeur désagréable (contraction du muscle releveur profond de l'aile du nez et de la lèvre supérieure).

Fig. 2. — Effets de l'excitation bilatérale de la lèvre supérieure au niveau de son union avec les ailes du nez : le visage prend un aspect dédaigneux, et la malade dit sur un ton sec et méprisant : « Pschutt ! ce n'est que ça. »

Fig. 3. — Effets de l'excitation des muscles orbiculaires des paupières : la malade pleure en pensant à la peine qu'elle a faite à ses parents.

Fig. 4. — Effets de l'excitation des muscles pyramidaux : la malade prend un air courroucé; elle ferme le poing et s'écrie sur un ton menaçant : « Laissez-moi la battre. Va-t-en, mauvaise femme ! Nous n'avons pas besoin de toi. »

PLANCHE VII

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Cliché de F. Panajou, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Planche VIII

Phénomènes psycho-sensoriels provoqués chez la nommée Marie-Louise F... dans l'état cataleptoïde par l'excitation mécanique des muscles et des zones idéogènes.

Fig. 1. — Effets de l'excitation du sommet du crâne (zone d'extase) : la malade lève les yeux au ciel, joint les mains et prend l'attitude du recueillement extatique. Elle voit la Sainte Vierge et lui adresse une prière.

Fig. 2. — Effets de l'excitation de la région sous-mentonnière (ventre antérieur du digastrique) : la malade ouvre la bouche et écarte ses mains l'une de l'autre comme le fait une personne fort étonnée.

Fig. 3. — Effets de l'excitation de la même région dans l'état d'hémi-hypnotisme du côté droit : la main droite seule prend l'attitude de l'étonnement.

Fig. 4. — Effets de l'excitation de la zone d'extase dans l'état d'hémi-hypnotisme latéral droit : la main droite seule s'élève à la hauteur du visage, la gauche reste pendante le long du corps.

PLANCHE VIII.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Cliché de F. Panajou, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PARIS — Glyptographie SILVESTRE & Cie

PLANCHE IX

Effets de l'excitation mécanique de quelques muscles de la main chez Marie-Louise F... dans l'état cataleptoïde.

Fig. 1. — Excitation (à l'aide d'une baguette de verre) de l'opposant du pouce : le pouce est porté en dedans.

Fig. 2. — Excitation du deuxième lombrical palmaire : la première phalange du médius est fléchie, les deux autres restant dans l'extension.

Fig. 3. — Excitation du tendon du court extenseur du pouce : le pouce est porté directement en dehors.

Fig. 4. — Excitation des tendons des fléchisseurs superficiels et profonds du médius : les deuxième et troisième phalanges sont fléchies, la première restant dans l'extension.

PLANCHE IX.

Fig. 1.

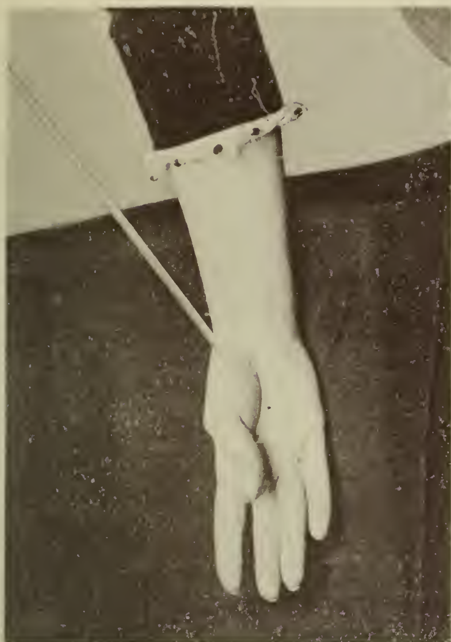


Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Cliché de F. Panajou, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Planche X

Effets de l'excitation mécanique de quelques muscles du pied chez Marie-Louise F... dans l'état cataleptoïde.

Fig. 1. — Excitation à l'aide d'une baguette de verre de l'extenseur commun des orteils et du tibial antérieur : relèvement de la pointe du pied, extension des orteils.

Fig. 2. — Excitation du pédieux : le pied reste immobile, les orteils seuls sont relevés.

Fig. 3. — Excitation des tendons des péroniers latéraux derrière la malléole externe : le pied est porté en abduction et se renverse en dehors.

Fig. 4. — Excitation du court fléchisseur plantaire : flexion des orteils.

PLANCHE X.

FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 3.



FIG. 4.



Cliché de F. PANAJOU, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PARIS — Glyptographie SILVESTRE & Cie.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME II

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

Des accidents hystéro-toxiques.

TRENTE-HUITIÈME LEÇON

De la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatiques.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

Des hallucinations hystériques.

QUARANTIÈME LEÇON

Du suicide des hystériques.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON

Du traitement général de l'hystérie.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON

Des origines de l'hypnotisme.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON

Des procédés d'hypnotisation.

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON

Des zones hypnogènes.

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON

Des formes typiques du grand hypnotisme.

QUARANTE-SIXIÈME LEÇON

Des formes mixtes et frustes de l'hypnose expérimentale chez les hystériques.

QUARANTE-SEPTIÈME LEÇON

Des suggestions hystériques.

QUARANTE-HUITIÈME LEÇON

Des suggestions hypnotiques *(suite)*.

QUARANTE-NEUVIÈME LEÇON

Des suggestions hypnotiques *(suite)*.

CINQUANTIÈME LEÇON

Des suggestions hypnotiques *(fin)*.

CINQUANTE ET UNIÈME LEÇON

De la mémoire dans l'hypnotisme.

CINQUANTE-DEUXIÈME LEÇON

Des variations de la personnalité dans les états hypnotiques.

CINQUANTE-TROISIÈME LEÇON

Des attaques de sommeil.

CINQUANTE-QUATRIÈME LEÇON

Des attaques pseudo-syncopales.

CINQUANTE-CINQUIÈME LEÇON

Des attaques de contracture.

CINQUANTE-SIXIÈME LEÇON

De l'automatisme ambulatoire somnambulique.

CINQUANTE-SEPTIÈME LEÇON

Des attaques de délire.

CINQUANTE-HUITIÈME LEÇON

Des délires hystéro-hypnotiques provoqués.

CINQUANTE-NEUVIÈME LEÇON

Des zones idéogènes.

SOIXANTIÈME LEÇON

De l'hypnose unilatérale.

SOIXANTE ET UNIÈME LEÇON

Des applications de l'hypnotisme à l'étude de la physiologie cérébrale.

SOIXANTE-DEUXIÈME LEÇON

Des rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme.

SOIXANTE-TROISIÈME LEÇON

Des méfaits de l'hypnotisme.

SOIXANTE-QUATRIÈME LEÇON

Des consultations somnambuliques.

SOIXANTE-CINQUIÈME LEÇON

Des applications de l'hypnotisme à la thérapeutique.

APPENDICE

I. — OBSERVATION DE JEANNE M...

Hystérie convulsive, phénomènes hypnotiques

(*Rédigée d'après les notes recueillies par* le M. Dr Blanc-Fontenille.)

II. — OBSERVATION DE MARIE-LOUISE F...

Hystérie convulsive, phénomènes hypnotiques

(*Rédigée d'après les notes recueillies par* MM. Rivière *et* Blanc-Fontenille.)

III

Expériences relatives aux contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille.

IV

Expériences relatives à l'action des procédés hypnogènes.

V

Expériences relatives aux phénomènes de transfert.

VI

Observation clinique relative à l'étude de l'automatisme ambulatoire.

EXPLICATION DES PLANCHES

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME II

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.



